DES TUMEURS ENKYSTÉES DE L'ABDOMEN.

THÈSE

PRÉSENTÉE

AU CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE VACANTE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Le 29 Mars 1851.

PAR

M. CHASSAIGNAC,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

PARIS.

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

1851.

vertige religieux, qui s'exaltait encore par le spectacle de ces bandes de pénitents que l'on voyait, sous le nom de Flagellants, parcourir les villes en se macérant publiquement pour expier leurs péchés. Les proscriptions dont ces sectaires furent frappés par le pape Clément VI (an 1352), loin de ralentir leurs coupables manœuvres, ne firent que ranimer leur ferveur en fanatisant le peuple des faibles et des ignorants. La misère, les excès, les crimes, ne tardèrent pas à se mettre de la partie, et sous l'influence de toutes ces causes réunies, qui dominaient surtout sur les bords du Rhin, on vit bientôt éclater une sorte de transport, de phrénésie extatique qui, sous le nom de *danse de Saint-Guy*, devint, pendant plus de deux siècles, l'effroi et la terreur des populations.

Réunis dans un délire commun, emportés par leurs sens, les malades dansaient des heures entières, se démenant comme des Bacchantes, hurlant le nom de saint Jean ou des esprits qu'ils croyaient voir dans leurs apparitions fantastiques, et disant, au sortir de leurs hallucinations extatiques, qu'ils s'étaient crus plongés dans des ruisseaux de sang, ou qu'ils avaient vu le ciel

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE R.F.

DES
TUMEURS ENKYSTÉES
DE L'ABDOMEN.

THÈSE

PRÉSENTÉE

AU CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE VACANTE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Le 29 Mars 1851,

PAR

M. CHASSAIGNAC,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

PARIS.
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE,
RUE HAUTEFEUILLE, 19.
1851.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

DES

TUMEURS ENKYSTÉES

DE L'ABDOMEN.

Les tumeurs enkystées de l'abdomen forment une classe de maladies qui intéressent à un égal degré celui qui dirige ses méditations sur les questions médicales proprement dites et celui qui s'occupe plus spécialement de chirurgie. C'est là un terrain neutre, ou, si l'on aime mieux, un terrain commun sur lequel se rencontrent la chirurgie et la médecine.

C'est précisément, sans doute, pour ce motif, qu'on trouve si difficilement dans les traités généraux, soit de médecine, soit de chirurgie, un cadre complet des tumeurs enkystées de l'abdomen.

On comprend dès lors que dans un pareil sujet d'études, qui par lui-même est très beau et très digne d'intérêt, il faudrait consacrer beaucoup de temps et se livrer à des recherches longues et patientes pour faire quelque chose de réellement utile, en un mot, pour constituer une bonne kystologie abdominale. Ainsi se trouverait comblée une lacune qui, en tant que travail d'ensemble, existe véritablement dans la science; car il y a, du reste, d'excellentes monographies sur certaines variétés des tumeurs enkystées de l'abdomen.

Nous regrettons vivement que les trop courts instants qu'il nous a été donné de consacrer à ce sujet ne nous aient pas permis de faire un essai aussi consciencieux que nous l'eussions désiré.

Nous considérons comme méritant le nom de *kyste* toute cavité anormale permanente et complétement fermée.

Dans la limitation du champ anatomique des tumeurs enkys-

tées abdominales, nous ne pouvons nous dispenser de considérer le bassin comme faisant partie de l'abdomen. Si l'anatomie descriptive ou chirurgicale, qui, pour la facilité de ses expositions, peut impunément diviser l'abdomen en une sorte de damier à cases rectangulaires, sépare le bassin de l'abdomen proprement dit, une semblable division ne saurait convenir à la pathologie et encore moins au sens clinique dans lequel il convient d'examiner la question.

Les tumeurs enkystées, tout en comprenant des maladies que leur nature intime met en opposition formelle les unes avec les autres, doivent à cette particularité *d'une enveloppe distincte*, de former un groupe clinique assez bien arrêté, en ce sens qu'il y a une grande analogie dans les caractères diagnostiques et même dans les moyens de traitement appartenant aux affections qui ont parmi leurs caractères celui d'être circonscrites dans un kyste.

Malgré cet air de famille qui rapproche souvent dans leurs méthodes d'exploration, ainsi que dans leur aspect général, les maladies kysteuses, elles ne sont guère susceptibles d'une classification naturelle, parce qu'après tout, la circonstance de s'envelopper d'une poche appelée *kyste*, de s'isoler pour ainsi dire, tout en résidant au sein de l'organisme, n'est en quelque sorte qu'un accident et non un attribut de nature intime. Ainsi un abcès, même enkysté, n'est-il pas plus voisin, par ses attributs essentiels, des abcès diffus, qu'il ne l'est des autres variétés de kystes, quoique la forme kysteuse soit peut-être pour le clinicien un caractère de rapprochement plus essentiellement pratique.

Le point culminant dans l'histoire des tumeurs enkystées de l'abdomen, le fait sans cesse présent et capital dans la question, c'est le mode de rapport qui s'établit entre la tumeur et la cavité péritonéale; c'est ce fait qui seul nous paraît pouvoir servir de base à toute tentative d'une classification pratique de ce genre de tumeurs.

Mais nous nous apercevons que le mot de *classification* serait par trop ambitieux pour désigner un simple arrangement qui aurait tout au plus la prétention d'avoir quelque chose de méthodique.

Pour nous, les tumeurs enkystées de l'abdomen se divisent donc, sous le rapport pratique, en deux grandes classes :

1° Les kystes intra-péritonéaux, auxquels nous assignons pour caractère de n'être accessibles aux moyens chirurgicaux qu'à travers la cavité péritonéale.

2° Les kystes extra-péritonéaux, ceux qui sont accessibles à l'action chirurgicale sans qu'il soit nécessaire de pénétrer dans la cavité du péritoine.

Nous croyons comprendre tout ce qu'a de contestable une pareille définition, à laquelle nous n'attachons d'autre valeur que de se rapporter au fait si considérable des rapports de la tumeur avec la cavité péritonéale (1).

(1) Je donnerai ici un classement des tumeurs enkystées abdominales fondé sur les différences que présente la tumeur dans la manière dont elle se comporte relativement à la cavité péritonéale.— 1° Y est-elle complétement et absolument renfermée tout entière, sans connexion quelconque avec l'extérieur du péritoine autrement que par l'intermédiaire forcé de cette membrane : kyste intra-péritonéal absolu. — 2° Est-elle extérieure à la cavité péritonéale, et peut-elle entretenir, avec le reste de l'économie, des relations directes, sans l'intermédiaire obligé du péritoine : kyste extra-péritonéal.

La première classe, ou *kyste intra-péritonéal parfait*, comprend plusieurs divisions, que nous faisons reposer sur la manière dont se constitue le kyste intra-péritonéal parfait, à l'intérieur de la grande cavité péritonéale. Deux divisions, qui renferment elle-même des sous-divisions, se présentent tout d'abord.

Ou bien 1° l'élément initial du kyste a pris naissance à l'intérieur même de cette cavité, ou bien 2° il y a été introduit.

Première sous-division. — Kystes intra-péritonéaux à génération intra-péritonéale. La condition de cette classe de kystes à génération intra-péritonéale suppose l'absence de toute déchirure, de toute ouverture, ou, disons mieux, de toute introduction d'un produit venu de l'extérieur, sous sa forme propre.

Dans ce cas se trouvent :

Des produits qui se forment directement et d'une manière absolue à l'intérieur de la cavité péritonéale. Exemples : des produits pseudo-membraneux, des sécrétions anormales de la séreuse, des épanchements sanguins dus à une exhalation sans rupture appréciable des vaisseaux ni du péritoine.

2e *sous-division.* — L'élément initial du kyste a été introduit dans la cavité péritonéale. Ici deux variétés, suivant que l'introduction dans la cavité péritonéale a eu lieu : 1° par la seule ouverture connue que présente normalement cette membrane ; 2° par une ouverture accidentelle.

1re *catégorie.* — Introduction sans rupture, c'est-à-dire par l'ouverture de la trompe. Exemples : l'introduction de *noyaux à kystes* qui peuvent provenir de l'intérieur de la trompe ; sang ; sécrétions muqueuses, on sait combien elles sont variées.

2e *catégorie.*—Introduction dans la cavité péritonéale par rupture du péritoine.

Exemples : 1° Épanchements sanguins avec rupture du péritoine, et par-dessus lesquels la déchirure péritonéale s'est cicatrisée.

2° Produits dus à la rupture dans le péritoine d'une cavité viscérale adossée

TUMEURS ENKYSTÉES INTRA-PÉRITONÉALES.

Trois grandes classes d'appareils peuvent devenir, dans l'abdomen, le siége de tumeurs enkystées : l'appareil digestif, l'appareil urinaire, l'appareil de la génération.

Pourvus d'attributions si diverses, ils font pressentir qu'indépendamment des troubles généraux produits par les tumeurs enkystées dont chacun est le siége, ils imprimeront un cachet

à cette membrane; de ce genre : les kystes auxquels donnent lieu des ruptures du vagin ; de l'utérus ; de la trompe, dans les grossesses tubaires ; de l'ovaire, dans les grossesses ovariques ou prétendues telles.

3° Corps étrangers venus du dehors et tombés dans la cavité péritonéale, où ils s'entourent de productions pseudo-membraneuses qui constituent les parois du kyste.

2e *classe. Kystes extra-péritonéaux.* — Toute tumeur enkystée qui, voisine du péritoine, peut communiquer avec le reste de l'organisme dans une indépendance complète de la membrane séreuse, serait, dans cette classification, un kyste extra-péritonéal. Mais, parmi ces tumeurs, les relations de voisinage avec le péritoine sont variables, et de là la nécessité de trois grandes divisions, suivant le degré d'intimité dans les rapports du kyste avec la séreuse.

1° Certains kystes ont avec elle des rapports tels qu'ils lui empruntent une enveloppe presque complète, et sauf un pédicule vasculaire et ligamenteux ou cellulaire, on serait tenté de les considérer comme des kystes complétement renfermés à l'intérieur du péritoine. C'est à peine même si l'on en fait la différence, sous le rapport pratique. Ainsi, un kyste de l'ovaire qui, à l'exception d'un pédicule fort étroit, plonge tout entier dans la cavité péritonéale, diffère-t-il sensiblement d'une tumeur qui serait absolument intra-péritonéale? y a-t-il possibilité de l'atteindre chirurgicalement autrement que par la cavité péritonéale ?

2° D'autres tumeurs enkystées ne plongent pas comme les précédentes dans la grande cavité séreuse : elles s'adossent tout simplement à la membrane, s'en recouvrent dans une portion plus ou moins considérable, mais elles laissent toujours un espace parfaitement libre de relations péritonéales, ce qui devient une précieuse ressource pour l'action chirurgicale.

3° Enfin, il en est qui, tout en restant voisines du péritoine, ne sont point en contact immédiat avec cette membrane et résident dans l'épaisseur même de la paroi abdominale. De cette classe on eût fait des kystes pariétaux proprement dits.

Ces divisions, qui nous paraissent fondées, anatomiquement parlant, auraient conduit, sous le rapport pratique, à des conséquences que nous n'avons pu nous résoudre à accepter. Comment, en effet, ne pas considérer comme intra-péritonéal un kyste de l'ovaire, encore que, rigoureusement parlant, il ne soit en rapport direct qu'avec la surface externe du péritoine. J'ai donc dû renoncer à ce premier projet de classification et m'en référer à l'arrangement qui a été indiqué plus haut,

particulier aux troubles fonctionnels, lesquels porteront plus spécialement soit sur les fonctions digestives, soit sur les fonctions urinaires, soit sur les fonctions génératrices.

Mais, par cela seul que ces trois classes d'organes résident dans la même cavité et qu'ils ne sont séparés les uns des autres par aucune barrière résistante, il arrive que les désordres fonctionnels, et par conséquent symptomatologiques, ne sauraient être confinés dans l'appareil qui est le siége de la lésion, et qu'ils se propagent souvent de l'appareil directement atteint dans les deux autres.

Combien de fois, par exemple, un kyste ovarique ne donne-t-il pas lieu à des troubles de la digestion ou des fonctions urinaires? N'observe t-on pas dans ces cas, les vomissements, les coliques, la constipation, quelquefois même de véritables phénomènes d'étranglement?

L'origine et les causes des kystes intra-péritonéaux sont, pour l'immense majorité de ces kystes, les mêmes que pour les kystes qui se développent dans d'autres parties du corps; mais il est certaines causes qui sont tout à fait spéciales à la cavité péritonéale. C'est dans cette région, plus que dans aucune autre, que l'on conçoit la formation de kystes congénitaux. En effet, il existe ici une multitude de circonstances qui préparent tous les éléments pour la formation d'un kyste: telles sont, par exemple, les migrations de certains organes qui, à la manière du testicule, doivent se frayer un passage en entraînant des enveloppes membraneuses. Cette migration est-elle troublée dans son évolution normale par une circonstance accidentelle, on conçoit aussitôt la possibilité de la formation d'un kyste.

Ces kystes congénitaux trouvent encore ici, dans certains organes, une formation toute naturelle, ainsi qu'on le voit pour les ovaires qui renferment naturellement des vésicules éminemment propres à constituer la membrane d'un kyste. Cela semble prouvé d'une manière péremptoire par une observation de Mayer, dans laquelle on voit que chez une enfant âgée de dix-sept jours, les deux ovaires présentaient chacun un kyste arrivé à un degré de développement assez considérable pour qu'il ne puisse rester aucun doute sur l'existence congénitale de la maladie.

Autre exemple. Le docteur OEsterlen rapporte l'observation intéressante d'une hypertrophie considérable des deux reins,

dont la substance propre était parsemée d'une quantité très grande de petites vésicules. Il n'y avait plus de trace des pyramides de Malpighi, ni des conduits de Bellini; tout avait subi la transformation hydatique qui était congénitale, car elle fut trouvée sur un fœtus mort-né, mais à terme (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, p. 501, 1841).

Parmi les causes qui donnent le plus souvent lieu à la formation des kystes, il faut placer en première ligne tout ce qui représente dans les tissus ou dans les cavités normales un corps étranger. Or, dans la cavité abdominale, où se rencontrent en si grand nombre des substances susceptibles de sortir des réservoirs qui leur sont destinés, on conçoit combien sont multipliés les éléments pour la formation des kystes.

Ainsi, combien de chances d'épanchements sanguins susceptibles de s'enkyster! Combien de produits de sécrétion qui, s'échappant de leurs réservoirs naturels, en quantité peu considérable, déterminent un travail de séquestration et d'isolement, ne peuvent-ils pas donner lieu à des formations kystiques!

Il n'est pas toujours nécessaire qu'un produit de sécrétion s'épanche hors des canaux qui le renferment, pour donner lieu à la production des kystes; il suffit quelquefois que ces canaux s'oblitèrent dans un ou plusieurs points de leur trajet, pour que par cela même il y ait production d'une tumeur enkystée.

Une autre circonstance qui rend les kystes plus communs à la région abdominale, c'est l'espèce de prédilection qu'affectent pour les viscères de l'abdomen certaines productions accidentelles qui s'accompagnent invariablement de la formation d'un kyste: telles sont les hydatides. Eh bien, cette production pathologique, qui paraît susceptible de se manifester dans tous les points de l'économie, montre une préférence tellement décidée pour les organes de la cavité abdominale, que l'on peut affirmer sans hésitation que, sur dix observations d'hydatides, il y en a neuf qui se rapportent à la cavité abdominale.

Quoique j'aie vu un grand nombre de kystes de l'abdomen, tant à la Société anatomique, où les présentations de ce genre sont fréquentes, que dans le cabinet de M. Cruveilhier, qui recevait souvent des pièces analogues, qu'on lui adressait pour son ouvrage d'anatomie pathologique, je n'entrerai point ici dans des descriptions anatomiques que ne comporte pas la nature de

mon sujet, ou du moins la direction que je dois donner à ce travail.

Je rappellerai, toutefois, quelques particularités anatomiques qui peuvent intéresser au point de vue du diagnostic et du traitement, points qui doivent faire l'objet d'une attention plus spéciale.

Les kystes de l'abdomen se présentent tantôt à l'état solitaire, tantôt en nombre plus ou moins considérable : on n'a pas créé en pathologie une diathèse kysteuse, et nous pensons qu'on a bien fait ; mais il est des sujets chez lesquels on rencontre les kystes de l'abdomen en nombre tellement considérable qu'on ne peut s'empêcher d'admettre chez eux une prédisposition à la formation des kystes. C'est là un point que ne doit jamais perdre de vue le chirurgien, quand il se présente à lui un malade qui, au premier abord, semble offrir une production kystique en apparence solitaire. Il doit se demander si, indépendamment de celle qui éveille tout d'abord son attention, il n'en existe pas dans d'autres points de la région abdominale. C'est ainsi que, quand on rencontre un kyste dans l'un des ovaires, il faut se demander s'il n'en existe point un autre, à un moindre degré de développement, dans l'ovaire opposé; si, quand on trouve un kyste du foie, il n'en existe pas de la même nature ou d'une nature différente dans les reins ou dans les ovaires.

Toutes ces coïncidences ont été observées et se rencontrent fréquemment dans les livres d'anatomie pathologique.

Il n'est peut-être aucun des organes renfermés dans la cavité abdominale, qui n'ait été le siége de kystes plus ou moins nombreux; mais il y a, sous le rapport de la fréquence, une grande différence à établir entre les organes membraneux et les organes parenchymateux. Autant les productions enkystées sont rares dans les premiers, autant elles sont fréquentes dans les autres. Que l'on compare sous ce rapport le foie à l'estomac, les reins à l'intestin, l'ovaire à l'utérus.

Il y a ensuite, dans cette répartition des kystes entre les organes de l'abdomen, des sortes de préférence ou d'exclusion. Ainsi, pendant que l'ovaire est, plus fréquemment qu'aucun autre organe, le siége de la formation des kystes, le foie est de tous les viscères celui qui offre le plus souvent des poches acéphalocystes. Ainsi, les hydatides qui, à l'abdomen, se développent

si souvent dans les parenchymes, ou bien dans le tissu cellulaire des duplicatures péritonéales, ne se rencontrent jamais dans les cavités naturelles, à moins qu'elles n'y aient été introduites par la rupture d'un kyste voisin. Toutefois, quand ces cavités ont été pathologiquement transformées en kystes, les hydatides peuvent s'y rencontrer. Lassus ne trouva point de vésicule biliaire sur un homme qui portait un grand kyste à la partie inférieure et concave du foie. Une observation de M. Saussier montre que les tumeurs hydatiques peuvent se développer dans les voies biliaires elles-mêmes. Dans ce fait, le canal hépatique présentait dans deux points différents des dilatations, lesquelles constituaient les poches contenant les hydatides. Les parois étaient évidemment celles du conduit biliaire dilatées; à la surface externe, se trouvait une couche de matière biliaire concrète, qui formait aux hydatides comme une coque calcaire.

Les kystes manifestent dans les organes où ils siègent une tendance générale à occuper plutôt la superficie que la profondeur de ces organes. Dans certains cas, le mécanisme de cette apparition à la surface s'explique par une circonstance toute naturelle, et non par une sorte d'attraction mystérieuse, semblable à celle en vertu de laquelle on a dit, dans bien des écrits, que les corps étrangers à l'organisme, et qui y étaient renfermés, tendaient à en sortir. Voici tout simplement le mécanisme en vertu duquel un kyste d'abord placé à une certaine profondeur dans un organe parenchymateux, atteint peu à peu la superficie de cet organe. C'est une simple conséquence de l'accroissement de volume du kyste, combiné avec une atrophie partielle de l'organe dans lequel il est contenu. Soit un kyste développé à une certaine profondeur dans le parenchyme du foie: ce kyste s'accroît, il exerce une pression sur tout ce qui l'entoure. Du côté de la face profonde où se trouvent les principaux éléments vasculaires de l'organe, l'effet atrophique est beaucoup plus faible; du côté de la face convexe, au contraire, le tissu de l'organe subit une atrophie progressive; l'épaisseur de la couche hépatique en ce point va en diminuant, et il arrive un moment où cette couche se trouvant convertie en une membrane de peu d'épaisseur, la poche anormale vient apparaître à la surface.

Il est encore un autre mécanisme par suite duquel les kystes de la cavité abdominale ont plus que partout ailleurs de la tendance à atteindre la superficie. Lorsque dans un espace circonscrit, une série de corps de densité différente sont soumis à une pression uniforme, les corps les plus denses tendent à occuper le centre, et les moins denses se rapprochent de la superficie. Or les kystes, qui le plus souvent renferment des liquides, étant soumis, dans la cavité abdominale, à une pression continue qu'ils partagent avec les viscères que renferme cette cavité, tendent à gagner la superficie.

Parmi les kystes que renferme la cavité abdominale, il en est qui ont une situation fixe, due à la fixité même des organes dans lesquels ils se développent ; il en est d'autres, au contraire, qui jouissent d'une très grande mobilité. Ainsi un kyste du foie conserve ce qu'on peut appeler une situation stable, toujours la même; un kyste de l'ovaire ou de l'épiploon peut présenter une mobilité par suite de laquelle, placé à tel moment dans une région, il s'offre à l'observateur dans une région différente à tel autre moment. Ce sont là, comme on le voit, de ces déplacements purement éventuels qui tiennent à des changements dans l'attitude générale du corps, dans la dilatation ou le resserrement de tel ou tel viscère placé dans le voisinage, et les causes de ces déplacements éventuels abondent dans la cavité abdominale, où, indépendamment de la mobilité extrême des parois, il y a des alternatives incessantes de plénitude et de vacuité dans les organes creux.

Mais à côté des déplacements que nous qualifions d'éventuels, il en est qui offrent un caractère mieux arrêté, et qui sont susceptibles d'être prévus dans leurs causes et leur mécanisme. Ce sont les déplacements que nous appellerons des migrations. Certains kystes, doués d'une grande mobilité, nous offrent des exemples de ces migrations qui intéressent aussi bien sous le rapport du diagnostic que sous celui du traitement.

Les kystes de l'ovaire nous offrent un exemple remarquable de ce phénomène de migration : tant qu'ils n'ont acquis qu'un degré peu considérable de développement, ils peuvent siéger dans le bassin et s'y dérober à une exploration attentive; mais quand leur volume cesse d'être en rapport avec les dimensions de la cavité dans laquelle ils venaient d'abord se placer, on les

voit suivre une marche ascendante et séjourner dans la cavité abdominale proprement dite.

C'est ici, comme on le voit, une migration réelle, car le centre de la tumeur et son point initial ont subi une véritable locomotion.

La migration des kystes abdominaux s'effectue encore par un autre mécanisme ; mais, dans ce cas, elle est plus apparente que réelle. Ce n'est pas la tumeur qui se déplace par un mouvement de totalité, c'est l'accroissement de ses dimensions qui va porter ses limites à des distances, quelquefois très considérables, du point dans lequel avait commencé le kyste ; c'est là une migration par envahissement de proche en proche, plutôt que par un déplacement de totalité. On a un exemple très remarquable de ce phénomène dans quelques cas de kystes des reins qui se sont étendus jusque dans la poitrine et ont donné lieu à des fistules qui ont été qualifiées de fistules réno-pulmonaires. Je vais rapporter succinctement un exemple cité dans la thèse de Othmaheer (*Dissertatio de renum morbis.* Halæ, 1790). Il s'agit d'un cavalier qui, après une chute sur le côté gauche du corps, succomba dans un état hectique au bout de douze ans. A l'autopsie, on trouva le rein gauche du volume d'une tête d'enfant, s'ouvrant dans la partie postérieure du poumon gauche et renfermant dans sa cavité un liquide blanc, épais, mêlé d'hydatides. (Voyez la thèse de M. Leuepveu. Paris, 24 juin 1840.)

Les tumeurs enkystées de l'abdomen peuvent présenter toutes les variétés de volume , depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui des sacs les plus vastes. Mais elles ont ceci de remarquable, qu'elles peuvent prendre un volume que nulle autre tumeur connue n'a jamais égalé ; la raison en est dans la tolérance remarquable avec laquelle l'économie peut supporter ce genre de tumeur. Pour les autres tumeurs à volume considérable, il arrive presque toujours qu'elles ont déterminé des accidents mortels avant d'avoir atteint des proportions aussi monstrueuses que celles qui ont été observées, par exemple, dans certains kystes de l'ovaire. Cette circonstance, qui n'est pas indifférente pour le diagnostic, mérite surtout d'être notée au point de vue du pronostic et du traitement.

Le diagnostic s'éclaire de la tolérance avec laquelle est supportée la tumeur, car il en est peu qui, à égalité de volume, le soient

aussi bien que certains kystes abominaux. Quant au pronostic, il faut conclure qu'on a devant soi un long espace de temps à parcourir avant que la tumeur ait acquis un degré de développement qui la rende incompatible avec la conservation de la vie. Or, on voit immédiatement la conséquence qui s'en déduit, sous le rapport de la thérapeutique.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que jamais les kystes, à situation fixe, ne peuvent présenter ce volume monstrueux dont on possède quelques exemples. Cela ne peut appartenir qu'à des kystes déplaçables qui vont en quelque sorte chercher de l'espace là où il y en a le plus, tandis que le kyste à position fixe, obligé de se développer dans le lieu où il a pris naissance, y amène des désordres qui ne lui permettent pas d'acquérir un volume aussi considérable, sans amener dans l'économie et les organes voisins une perturbation funeste. Ce sont donc les kystes mobiles qui peuvent acquérir les dimensions les plus considérables.

Cependant on a des exemples de kystes très volumineux du foie, des reins, de la rate, etc.; ainsi on a vu des kystes du foie s'étendre en bas jusque dans la fosse iliaque droite, en haut jusqu'à la partie supérieure de la poitrine. Hawkins a publié un cas de kyste du rein qui contenait cinq pintes d'un liquide clair, et occupait toute la moitié droite de l'abdomen et une grande partie de la fosse iliaque; le rein avait un volume ordinaire; la face antérieure concourait à former la paroi postérieure du kyste. (*Méd. chir. Trans.*, t. XVIII, extrait *in Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. V, p. 466, 1834.)

On conçoit que des tumeurs aussi volumineuses que celles dont il a été question, puissent acquérir un poids énorme; et, pour résumer en quelques exemples ce qu'il y a de plus remarquable en ce genre, nous nous bornerons à rappeler, d'après les auteurs du *Compendium de médecine*, qu'on a vu des kystes de l'ovaire qui pesaient jusqu'à 130 livres, et que dans un kyste à deux loges de l'ovaire droit, Adelman a trouvé jusqu'à 214 livres d'un liquide brunâtre (Siebold's *Journal*, t. IV, cahier 1). Du reste, il faut remarquer que le poids n'est pas toujours en rapport avec le volume, en raison des différences de densité que présentent les nombreux liquides qui ont été rencontrés dans les kystes de l'abdomen; car, ainsi que nous le ver-

rons en nous occupant du contenu de ces kystes, ils présentent, pour ainsi dire, tous les degrés de densité, depuis celui des liquides les plus ténus et les plus légers, jusqu'à celui de la bouillie la plus épaisse et même jusqu'à la densité de substances qui appartiennent au moins autant à la forme solide qu'à la forme liquide.

La forme des tumeurs enkystées abdominales ne diffère pas sensiblement de celle que présentent généralement les kystes dans toutes les parties du corps, et nous n'aurions rien de spécial à en dire, si quelques caractères particuliers à un bon nombre de kystes abdominaux ne leur donnaient une configuration qui ne se rencontre nulle part aussi fréquemment que dans la cavité péritonéale : nous voulons parler de la forme pédiculée que présente un grand nombre de ces kystes ; forme qu'ils doivent à ce qu'étant développés très souvent dans la duplicature des feuillets péritonéaux, duplicature dans laquelle sont contenus les vaisseaux qui alimentent la tumeur, il y a là des éléments tout trouvés pour la formation d'un pédicule. Ce sont, mais sous le rapport du pédicule seulement, des espèces de polypes séreux. Cette forme pédiculée, qui pourrait paraître au premier abord de peu d'importance dans des tumeurs renfermées à l'intérieur de l'abdomen, donne lieu à quelques conséquences qu'il n'est pas sans intérêt de mentionner : elle fait comprendre tout d'abord que si, pour des motifs que nous dirons plus tard, il n'était pas contraire aux règles d'une bonne pratique de recourir à l'extirpation de ces tumeurs, on trouverait dans l'existence d'un pédicule une circonstance qui serait éminemment favorable au succès de l'opération. Cette forme pédiculée fournit peut-être aussi la théorie la plus rationnelle de la formation de certaines concrétions libres que l'on rencontre quelquefois dans la cavité de l'abdomen. C'était là du moins l'opinion de Béclard, et il n'y a rien qui choque le bon sens et les lois connues de l'organisme, à penser qu'un kyste à pédicule extrêmement fin, comme on en trouve quelquefois dans les tumeurs adipeuses, qui sont suspendues à des franges du gros intestin, venant à rompre son pédicule par atrophie ou par déchirure, ne puisse donner lieu à un kyste modifié qui désormais, tout à fait libre, reste complétement isolé au sein de la cavité péritonéale. Toujours est-il qu'un certain nombre de faits démontrent que des corps entièrement libres peuvent exister à

l'intérieur du péritoine, sans lésion apparente d'aucun organe. Planque rapporte que l'on trouva dans le ventre d'un sujet un corps lisse, comme cartilagineux, ayant 14 lignes de long, 10 lignes de large et 7 lignes d'épaisseur, de forme ovalaire, et contenant dans son centre une petite pierre unie, ronde, semblable à un pois, et que cette masse, complétement dépourvue d'adhérences, semblait être absolument étrangère aux viscères de l'abdomen. M. Lebidois, de Caen, a trouvé dans un kyste, au-dessous de la rate, un corps blanc, ovoïde, du volume d'une très grosse noix, légèrement déprimé sur trois faces, dur, compacte, élastique, et entièrement libre par toute sa surface, qui était luisante, humide et polie, de manière à imiter la tête du fémur, récemment extraite de la cavité cotyloïde. Un corps pareil existait sur le même cadavre entre le rectum et la vessie, flottant au milieu d'un kyste cellulo-vasculaire très lâche. Dance a recueilli lui-même, en 1825, un fait de ce genre, à l'hôpital de perfectionnement, sur une jeune femme morte de phthisie pulmonaire. Les viscères abdominaux étaient parfaitement intacts. Un corps étranger aplati, de la forme et du volume d'un marron, lisse, humide, jaunâtre, entièrement libre dans le péritoine, fut trouvé entre le cœcum et la colonne vertébrale. Ce corps, élastique, très dense, offrant moins de dureté au centre qu'à la surface, ne présentant nulle apparence fibreuse, put être écrasé sous le pouce, et parut être une concrétion fibrineuse, reste d'un ancien caillot de sang.

On trouve encore des kystes pédiculés à la surface de l'utérus. M. Huguier, dans un mémoire publié parmi ceux de la Société de chirurgie, en a décrit qui ont un pédicule plus ou moins long, mince, composé des vaisseaux et du péritoine. Quelques uns sont flottants dans la cavité abdominale. Leur volume varie selon leur nombre. Multiples ils acquièrent peu de volume et restent souvent au-dessous des dimensions d'un petit pois. Au nombre d'un ou de deux, ils peuvent offrir la grosseur d'un œuf ou d'une orange.

Une autre circonstance de la configuration des tumeurs enkystées intra-abdominales, c'est de présenter tantôt une surface d'une régularité remarquable, tantôt des sillons qui donnent lieu à des bosselures plus ou moins prononcées. Cette dernière forme

tient habituellement à l'existence de cloisons qui subdivisent l'intérieur du kyste, de manière à partager la cavité générale en compartiments qui tantôt communiquent entre eux par des ouvertures habituellement peu considérables, tantôt sont complétement indépendants les uns des autres. Cette particularité mérite l'attention du chirurgien, parce qu'elle lui indique qu'il a affaire à un kyste composé et non à un kyste simple. Du reste, il ne faut pas croire que l'existence de quelques bosselures implique toujours le cloisonnement de la tumeur; elles peuvent dépendre, dans certains cas, de l'inégale consistance et de l'inégale épaisseur des différents points de la paroi d'un kyste unique, le liquide contenu faisant proéminer les points au niveau desquels il éprouve une résistance moindre.

La surface externe des kystes intra-péritonéaux présente des conditions qui varient suivant que la tumeur est presque complétement engaînée dans une duplicature péritonéale, suivant qu'ils répondent au péritoine par une portion seulement de leur superficie, suivant enfin qu'ils sont de toute part entourés par le parenchyme d'un viscère, ainsi qu'on en trouve de nombreux exemples dans les kystes du foie. Dans le premier cas, leur surface est parfaitement lisse; ils glissent avec facilité dans la cavité péritonéale, tant qu'il ne s'est pas établi d'adhérences : ce sont ceux qui paraissent être supportés avec le plus de facilité et qui causent le moins de gêne.

Ceux qui répondent au péritoine par une partie seulement de leur étendue ont un hémisphère lisse et poli, tandis que l'autre est rugueux et inégal. Enfin ceux qui sont enveloppés de toute part par une couche parenchymateuse sont rugueux dans toute leur surface externe, et quand on les retire de la loge dans laquelle ils étaient placés, ils entraînent avec eux des portions glandulaires, à moins qu'ils ne se rencontrent au milieu d'un tissu tellement ramolli et diffluent, qu'on les en retire comme d'une bouillie, ainsi que M. Cruveilhier m'en a fait voir des exemples pour certains kystes du foie.

C'est par cette surface externe que les kystes se mettent en rapport avec les organes environnants sur lesquels ils exercent une influence que j'appellerai topographique; car les kystes n'ont pas avec les organes qui les entourent de ces relations

sympathiques et vitales analogues à celles qui s'observent dans les cas de tumeurs non enkystées. Le kyste gêne, il comprime, il agit mécaniquement; mais vitalement, non.

Il ne faudrait pas croire cependant que cette gêne, toute mécanique qu'elle soit, ne puisse pas avoir sur les organes environnants et sur l'ensemble de l'organisme des influences extrêmement fâcheuses; seulement, comme le développement des tumeurs enkystées se fait avec beaucoup de lenteur, et que les altérations mécaniques de nos organes, quand elles se produisent d'une manière graduelle, peuvent atteindre des proportions considérables avant de produire des accidents fâcheux, il résulte de là que les kystes font quelquefois subir aux organes qui les avoisinent des altérations qui sont hors de toute proportion avec les symptômes qui avaient eu lieu pendant la vie.

Ces altérations, produites par les kystes dans les organes qui les avoisinent, se rapportent à des changements dans la position, dans la direction, dans les fonctions, et enfin à de véritables maladies, telles que l'atrophie (ce qui a lieu le plus habituellement); l'hypertrophie (c'est le cas le plus rare); l'inflammation, et enfin les dégénérescences. Nous pourrions citer de nombreux exemples de ces altérations; nous nous bornerons à en indiquer quelques uns, et nous ferons remarquer que sous l'influence de cette action incessante, et en apparence presque inoffensive, de l'évolution des kystes, les tissus les plus résistants cèdent à la pression ou même se détruisent, ainsi que cela s'observe pour certains kystes voisins, par exemple des tissus osseux, fibreux ou cartilagineux.

Parmi les circonstances qui méritent d'être relevées au sujet de l'influence que les kystes exercent sur les organes environnants, nous rappellerons que dans le cas de kystes ovariques, l'utérus éprouve des changements de position et de direction d'autant plus importants à signaler qu'ils peuvent devenir des éléments précieux pour le diagnostic. Et, chose remarquable, on voit quelquefois un kyste produire sur les organes voisins, dans le cours de son évolution, des changements de position qui sont diamétralement opposés l'un à l'autre, suivant la période de la maladie à laquelle on les examine. Tantôt, pour ne rappeler que ce qui se rapporte au kyste ovarique, l'utérus est abaissé, à ce point qu'il arrive à l'état du prolapsus le plus

complet ; d'autres fois, l'organe est si fortement sollicité vers les profondeurs de la cavité péritonéale, que le col utérin devient inaccessible à l'exploration du doigt; circonstance qui a été considérée par Burns comme étant liée à l'existence de l'hydropisie ovarique bilatérale. Nous trouverons encore dans le même organe un exemple du changement de direction qui se caractérise par la déviation du col utérin : celui-ci en effet, dans le cas de kyste ovarique, regarde habituellement du côté occupé par la tumeur, et cela par un mécanisme bien facile à comprendre. En effet, le kyste refoulant le corps de l'utérus du côté opposé à celui qu'il occupe, l'organe utérin se comporte comme toute partie qui conserve un peu de rigidité. Pendant qu'une de ses extrémités, le fond de l'organe, se porte du côté opposé à la tumeur, l'autre extrémité, celle qui correspond au col, se porte du même côté qu'elle. Le changement de direction ne se borne pas, dans le cas dont il s'agit, à un simple déplacement du col ; il a pour résultat d'imprimer à l'utérus, en totalité, une tendance à prendre la position plus ou moins rapprochée de l'horizontale, ce qui peut être une source d'accidents variés, et ce qui, sans doute, n'est point étranger aux troubles menstruels que nous avons notés dans un grand nombre de cas.

Nous avons dit que les désordres produits par suite du voisinage des kystes ne se bornaient pas à de simples changements dans la position et la direction, mais qu'ils atteignaient les organes dans des conditions plus délicates de leur existence vitale.

Souvent ils y produisent l'atrophie, soit qu'elle dépende d'une compression de l'organe en totalité, soit qu'elle tienne à une compression plus spécialement exercée sur le trajet de leurs vaisseaux nutritifs. Elles y produisent l'hypertrophie, ainsi que cela s'observe quand le kyste se développe au sein des organes musculaires, dont on voit les couches s'épaissir à mesure qu'elles se distendent ; quelquefois l'inflammation, qui apparaît de temps à autre dans les organes gênés par le kyste; parfois des douleurs vives; enfin des dégénérescences fibreuses, graisseuses, peuvent s'y produire, et le désordre peut aller jusqu'à la destruction complète de l'organe.

Adhérences.— Parmi les désordres qui sont la conséquence de la compression exercée par les kystes abdominaux sur les or-

ganes que renferme la cavité péritonéale, il faut mentionner, comme un fait de la plus haute importance clinique, la production des adhérences qui s'établissent entre le kyste et les divers organes sur lesquels il exerce une pression toujours croissante. C'est déjà une différence capitale, entre les kystes, que d'être ou de n'être pas adhérents; mais si l'on fait attention à toutes les conséquences qui résultent pour la marche, les symptômes, le diagnostic et le traitement du fait des adhérences, on verra que peu de circonstances jouent un rôle aussi important dans l'évolution des kystes abdominaux. Il y a plus, c'est, dans presque tous les cas de guérison artificielle ou spontanée, l'élément qui joue le rôle le plus important, peut-être, en prévenant la diffusion du contenu du kyste dans la grande cavité péritonéale. Soit, par exemple, un kyste de la surface convexe du foie : ce kyste approche de la superficie de l'organe; un travail inflammatoire s'y développe, les matières qu'il renferme menacent de faire irruption dans la cavité péritonéale et de déterminer une péritonite mortelle; mais des adhérences s'établissent entre la paroi de l'abdomen et la surface convexe du foie; elles circonscrivent le point dans lequel doit s'opérer la rupture, et alors ce n'est plus dans la cavité péritonéale, mais au dehors, que le kyste va déverser son produit.

La formation des adhérences trouve dans le voisinage du péritoine un élément qui la rend très facile; en effet, on sait combien les surfaces séreuses sont disposées, sous l'influence d'un travail phlegmasique modérément intense, à s'agglutiner entre elles, et dès lors ne voit-on pas combien ces chances de phlegmasies sont multipliées dans le cours d'une maladie qui n'est pas toujours inflammatoire, il est vrai, mais qui s'accompagne, dans sa durée, d'une foule d'accidents propres à développer cet état de sub-inflammation qui est éminemment propre à la formation des adhérences?

Il est évident, d'après cela, que plus un kyste est ancien et volumineux, et plus il y a de chances de le trouver adhérent, car son ancienneté même a multiplié, pour lui, les chances de ces inflammations partielles qui déterminent çà et là des brides celluleuses; plus il a de volume et plus l'étendue des surfaces avec lesquelles il peut contracter adhérence devient considérable; plus aussi la compression qui cause des inflammations partielles

a chance de se produire. Aussi peut-on dire que les kystes extrêmement volumineux ont presque toujours contracté adhérence avec la paroi abdominale; mais cependant on aurait tort de compter toujours sur cette adhérence qui peut manquer, même dans le cas de kyste considérable; ce dont il importe d'être prévenu pour l'emploi de certaines méthodes de traitement.

La surface interne des tumeurs enkystées de l'abdomen présente tantôt une cavité unique, tantôt des cavités multiples: soit que ces dernières communiquent entre elles par des ouvertures plus ou moins considérables, soit qu'elles constituent des cavités indépendantes. Autant la première condition, celle de l'existence d'une cavité unique, est avantageuse au point de vue de la guérison soit spontanée, soit artificielle du kyste, autant le cloisonnement complet ou incomplet de la tumeur est une condition fâcheuse. Et malheureusement, il faut le reconnaître, dans les tumeurs enkystées de l'abdomen, le cloisonnement est peut-être plus fréquent que l'état uniloculaire.

Mais ce cloisonnement lui-même existe à des degrés très variables. Quelquefois, et c'est le cas le moins commun, les cloisons sont complètes et les cavités absolument distinctes, de telle sorte que le liquide de deux cellules adossées peut offrir des qualités tout à fait différentes. Le plus habituellement, les loges communiquent toutes entre elles par des ouvertures généralement circulaires, tantôt comparables, suivant M. Cruveilhier, à celles que produirait l'action d'un emporte-pièce, tantôt irrégulières et comme frangées.

Enfin, dans certains cas, les kystes à cellules offrent des loges tellement multipliées et d'une capacité si faible, qu'on a pu donner à ce genre de tumeur le nom de *kystes aréolaires*.

La nature des produits renfermés dans les kystes abdominaux offre des variétés innombrables, et dont la connaissance intéresse doublement le chirurgien, soit: 1° pour le mettre à même d'apprécier la possibilité d'une élimination complète, ou son impossibilité; 2° soit pour lui fournir des inductions diagnostiques touchant la forme intérieure et les conditions vitales actuelles du kyste; soit enfin 3° pour lui permettre d'agir en connaissance de cause, et quand il se décide à une opération, et quand il s'abstient d'en pratiquer aucune.

Avant d'examiner les divers produits que peuvent renfermer

les tumeurs enkystées de l'abdomen, nous devons faire une remarque générale sur deux états très différents l'un de l'autre, et qui influent singulièrement sur le pronostic et le traitement des tumeurs enkystées de l'abdomen. Une tumeur kystique de l'abdomen étant donnée, on peut y trouver soit une substance homogène, soit des produits de nature diverse.

L'unicité de la poche, ou la communication des cellules d'un même kyste les unes avec les autres, implique généralement l'homogénéité de la matière contenue. Mais quand les kystes sont multiloculaires avec absence complète de communication entre les cellules, on peut trouver dans la même tumeur les produits les plus variés, tant sous le rapport de la nature chimique que sous celui de la consistance; consistance qui varie depuis celle de la sérosité la plus limpide jusqu'à la densité d'une bouillie mélicérique, et même jusqu'à l'état tout à fait solide et en quelque sorte calcaire.

Au milieu des substances si variées que renferment les kystes abdominaux, il est une classe de produits qui plus souvent que dans toute autre partie du corps, a été rencontrée dans les tumeurs enkystées de l'abdomen ; nous voulons parler des entozoaires, et particulièrement de la variété connue sous le nom d'*hydatide* ou d'*acéphalocyste*. Nous pouvons dire dès à présent qu'il n'est presque aucun des organes de la cavité abdominale dans lequel on n'ait observé des kystes acéphalocystes; mais les dépendances du péritoine, telles que les épiploons et le mésentère, le foie, les reins, l'ovaire, la rate, sont ceux qui en ont fourni les plus nombreux exemples.

Un liquide clair, ténu, de couleur citrine, analogue à celui que présente le plus habituellement l'ascite, est ordinairement en rapport avec un kyste uni-loculaire ou avec un kyste multiloculaire à loges communiquant toutes entre elles.

Un liquide louche, puriforme, ressemblant à du chocolat ou à la couleur du marc de café est généralement en rapport avec des conditions d'une mauvaise nature. La présence des poils, des dents, des produits multiformes des kystes fœtaux indique plus particulièrement l'existence antérieure d'une grossesse extra-utérine.

Les qualités du liquide renfermé dans des kystes abdominaux intéressent le clinicien sous beaucoup de rapports; mais il en est

un surtout qui n'est pas à négliger, c'est la relation qui existe entre tel liquide et telle condition de la surface interne du kyste; en effet, l'expérience a appris qu'avec un liquide limpide et séreux la surface interne du kyste présente des conditions susceptibles de permettre au travail adhésif de s'établir d'emblée dans l'intérieur du kyste, comme cela aurait lieu dans une séreuse; avec un contenu louche et puriforme, la surface interne du kyste offre plutôt le caractère comme fongueux et inégal d'une plaie suppurante, ce qui éloigne toute idée d'une adhésion possible.

Considérées sous le rapport de leur épaisseur, les parois des kystes abdominaux peuvent offrir tantôt une minceur excessive et une forme en quelque sorte pelliculaire, ainsi qu'on le voit dans certains kystes des épiploons, tantôt une épaisseur considérable, comme on le voit pour des kystes de l'ovaire, qui ont les parois tellement consistantes que quand la matière qui était renfermée s'est écoulée complétement, les parois du kyste ne s'affaissent point et se soutiennent à la manière d'un corps tout à fait rigide.

Le degré d'épaisseur et de rigidité des parois dans les kystes abdominaux est un point dont la détermination devrait en quelque sorte faire partie intégrante du diagnostic, parce qu'elle donne lieu à des conséquences fort utiles, eu égard aux chances de succès de certaines méthodes de traitement. Voici pour quelle raison. On a obtenu parfois du succès par la méthode de l'injection; mais le succès de ce moyen ne suppose-t-il pas la possibilité d'un retrait dans les parois de la tumeur, et ce retrait peut-il avoir lieu dans les cas où l'épaisseur de la paroi est considérable, dans ceux où de larges plaques cartilagineuses ou calcaires lui donnent une rigidité très prononcée?

Les éléments qui entrent dans la composition des parois kystiques, dans les tumeurs abdominales, sont d'abord, pour la variété que nous examinons ici, la séreuse péritonéale qui fournit tantôt une enveloppe partielle sur une des faces du kyste; 2° une couche glanduleuse, ainsi que cela s'observe dans les kystes qui se développent au milieu de la substance du foie et du rein; d'autres fois, une couche vasculeuse, érectile; c'est ce qui a lieu pour les kystes intra spléniques; quelquefois enfin, une couche musculeuse, cela s'observe dans les tumeurs kystiques formées dans l'intérieur de la trompe et dont le développement a pour effet de

rendre de plus en plus évidente la nature musculeuse des parois de ce conduit. On a avancé que les kystes de l'ovaire présentaient aussi une tunique musculeuse. Je n'ai jamais rien vu de semblable dans les nombreux kystes ovariques à l'examen desquels j'ai été à même d'assister.

La constitution histologique du kyste est en rapport, non seulement avec le milieu dans lequel il se développe, mais aussi avec la nature des produits qu'il renferme. Il y a intérêt pour le chirurgien à avoir des données sur l'épaisseur et la composition de tel ou tel kyste. Les kystes acéphalocystes sont en général très résistants et composés de quatre, cinq et même jusqu'à six tissus élémentaires. Celui qu'on rencontre le plus souvent est un tissu fibreux ; mais ce tissu ne constitue pas à lui seul les parois du kyste ; on y rencontre souvent des points fibro-cartilagineux ou cartilagineux ou même des plaques osseuses et des incrustations calcaires.

A l'exception des kystes qui sont renfermés dans des organes éminemment vasculaires, on peut dire que les parois de ces cavités n'offrent pas une richesse de vaisseaux bien remarquable, et il semblerait que la division artificielle, ou la rupture de leurs parois, n'est guère susceptible de donner lieu à des hémorrhagies un peu considérables ; mais il est une circonstance par suite de laquelle la surface de certains kystes présente une vascularité plus étendue qu'on ne le croirait au premier abord. Quelquefois, en effet, les veines qui se trouvent à la superficie d'un kyste sont volumineuses, et, de plus, elles sont plutôt aplaties que cylindriques, ce qui les étale en quelque sorte et multiplie l'étendue de la surface qu'elles présentent aux corps vulnérants. Les artères généralement ne sont pas volumineuses, et il n'y a pas lieu à rien établir de précis au sujet de ce genre de vaisseau.

L'étiologie des tumeurs enkystées de l'abdomen résume toutes les causes connues de la production des kystes dans les autres parties du corps, et, de plus, il est une foule de circonstances propres aux organes de la cavité abdominale, et qui donnent lieu à des genres de productions enkystées qui ne se rencontrent que dans cette cavité viscérale ; nous voulons parler des kystes qui sont dus à des causes qui appartiennent en propre à certains viscères de la digestion, de l'appareil urinaire et de l'appareil

génital. Ainsi, par exemple, les troubles qui surviennent dans l'acte de la reproduction donnent lieu à toute une classe de kystes qui ne se rencontrent que dans les dépendances de l'appareil générateur.

Symptomatologie. — Le cachet particulier imprimé aux symptômes qui dépendent des tumeurs enkystées de l'abdomen, c'est plutôt celui d'une gêne mécanique habituellement bien supportée, que celui d'une douleur vive; mais à un certain degré de développement, cette gêne peut donner lieu aux accidents les plus graves. Ce sont surtout les obstacles apportés par la nature des parties qui entourent le kyste et leur degré de résistance à son évolution qui donnent lieu à des troubles fâcheux dans l'état général. Si le kyste se développe à l'aise dans la partie la plus souple et la plus spacieuse de la capacité abdominale, il peut acquérir de grandes proportions, sans troubler d'une manière sérieuse l'harmonie des fonctions physiologiques des organes abdominaux; si, au contraire, par suite d'adhérences, ou par le fait de son point d'origine, il se développe dans une cavité à parois résistantes, comme celle du petit bassin, les accidents qui résultent de la compression peuvent prendre un caractère excessivement fâcheux et donner lieu à des troubles fonctionnels qui, sous beaucoup de rapports, ressemblent à ceux qu'on est accoutumé de voir dans l'étranglement.

Une chose qui influe encore énormément sur la gravité ou la bénignité des symptômes, c'est le degré de rapidité avec lequel marche le développement du kyste. Quoique les tumeurs enkystées soient en général des affections essentiellement chroniques, il est des circonstances tenant soit à la nature de certains kystes, soit à des accidents inflammatoires, soit enfin à un mécanisme peu connu, par suite duquel le kyste s'accroît avec une très grande rapidité; et dans ce cas un volume même peu considérable, mais qui a été rapide dans son accroissement, donne lieu à des symptômes que n'eût pas produits une tumeur trois fois plus volumineuse, mais qui ne se serait accrue qu'avec lenteur.

La douleur, dans les cas où elle existe, car la majeure partie des tumeurs enkystées de l'abdomen en est habituellement exempte, est sourde, obtuse, profonde. Elle semble diminuer dans certaines positions que les malades recherchent instincti-

vement d'une manière particulière. Lassus a observé que dans les kystes du foie, les malades se couchaient de préférence sur le côté droit.

Du reste, il ne faudrait pas généraliser par trop ce qui vient d'être dit du caractère obtus de la douleur dans les tumeurs enkystées de l'abdomen. Dans quelques unes, notamment dans les kystes acéphalocystes, la douleur est quelquefois vive, lancinante; elle peut être assez forte pour simuler une hépatite ou un abcès aigu du foie. A la vérité, nous pensons que quand ce caractère d'acuité existe, cela tient à ce que l'entourage du kyste ou la surface interne de celui-ci sont devenus le siége d'un travail inflammatoire.

La prédominance de l'élément mécanique dans la symptomatologie des tumeurs enkystées permet d'établir dans la marche des symptômes, diverses périodes, qui ont leur physionomie particulière, se rapportant aux divers degrés que présente successivement, dans son volume, la tumeur enkystée.

Tant qu'elle est peu volumineuse, les symptômes sont équivoques; ils peuvent se rapporter à des tumeurs d'une autre nature.

La tumeur devient-elle plus considérable, et forme-t-elle une saillie appréciable; elle apparaît ordinairement sous la forme de tumeur arrondie, lisse, mobile ou immobile, suivant l'organe et la région qu'elle occupe dans la cavité abdominale. Deux attitudes opposées peuvent rendre plus manifeste l'existence de la tumeur: dans certains cas, l'attitude dans laquelle le malade, couché sur le dos, se renverse fortement en arrière, rend mieux appréciable une tumeur qui, dans d'autres attitudes, est plus difficile à reconnaître. Mais ce n'est que d'une manière tout à fait exceptionnelle que cette condition favorise les recherches : les tumeurs enkystées de l'abdomen ne sont jamais mieux explorées que quand on obtient le relâchement le plus complet possible des muscles abdominaux. La tumeur donne un son mat à la percussion. Si elle est exempte d'adhérences et retenue seulement par un pédicule flexible, elle peut se porter alternativement d'un côté ou de l'autre de l'abdomen, suivant que le malade prend tel ou tel décubitus.

La compression qu'elle exerce quelquefois sur le trajet des gros vaisseaux donne lieu à un bruit de souffle qui a été

observé dans plusieurs cas de tumeurs enkystées de l'abdomen.

La fluctuation dans les tumeurs enkystées de l'abdomen n'apparaît quelquefois qu'à une époque assez éloignée de leur début. Diverses circonstances influent sur l'apparition tardive de ce phénomène qui établirait de suite un élément si précieux pour le diagnostic. Parmi ces circonstances se trouvent l'épaisseur des parois de la tumeur, le degré considérable de tension qu'elles présentent, la profondeur du kyste qui permet à divers organes plus ou moins volumineux de s'interposer entre lui et la main qui l'explore, la mobilité de la même tumeur qui la fait glisser sous les doigts à la manière d'un noyau de cerise, ce qui donne bien la sensation d'un déplacement oscillatoire, mais ce qui ne produit pas le sentiment de la fluctuation.

Toutes les fois qu'en pareille circonstance on peut, au moyen des mains d'un aide, maintenir la tumeur en situation fixe, de manière à éviter qu'elle fuie sous la main de l'observateur, si les parois du kyste ne sont pas trop épaisses, on parvient à faire apparaître la fluctuation qui avait complétement échappé au premier abord. On doit donc rechercher les conditions dans lesquelles on peut ainsi immobiliser pour quelques instants une tumeur qui fuit, quand on la palpe sans des précautions particulières. Quoique ce soit surtout à l'article *diagnostic* qu'il convienne d'insister sur les manœuvres de ce genre, il est un *modus faciendi* auquel nous avons eu recours et qui sert à compléter ce que peut apprendre un autre mode d'exploration bien connu des kystes du bassin chez la femme, et qui consiste à saisir la tumeur entre un doigt placé dans le vagin ou le rectum, pendant qu'avec une des mains on presse à fond sur la région hypogastrique. Nous sommes parvenu, dans certains cas, à percevoir la fluctuation par le procédé suivant : Tandis qu'un aide, au moyen de deux doigts placés dans le vagin, refoule la tumeur vers la région hypogastrique, et l'empêche de fuir par en bas, les deux mains de l'observateur, entièrement libres et placées toutes les deux à la région hypogastrique, exercent le mouvement alternatif propre à développer dans le sens transversal le phénomène de la fluctuation.

Marche des tumeurs enkystées. — Le degré de lenteur ou de rapidité avec lequel marchent et se développent les kystes abdominaux est d'une grande importance à noter, parce que c'est

là que se trouvent des motifs de conduite pour le traitement. Ainsi que nous l'avons dit, ce genre de maladie est essentiellement chronique, et à côté d'exemples en quelque sorte exceptionnels, dans lesquels l'affection a une marche assez rapide, nous voyons qu'en général de longues années s'écoulent, dix, quinze, vingt, vingt-cinq ans, et plus, avant que le chirurgien soit mis en demeure d'intervenir activement. Quelquefois même, la tumeur devient absolument et définitivement stationnaire. Cette circonstance de la lenteur d'évolution, et même de la possibilité de l'état stationnaire, doit exercer une certaine influence sur le praticien, et lui inspirer une grande circonspection avant de toucher, par des opérations toujours et nécessairement hasardeuses, à une affection qui ne menace les malades que dans un avenir souvent fort éloigné.

Lorsque j'étais plus jeune, j'ai eu quelquefois des velléités de ponctionner certaines tumeurs enkystées de l'abdomen ; j'en ai été empêché par les conseils de sages médecins, et je les en remercie ; car depuis j'ai eu plusieurs occasions de voir des malades chez lesquels la ponction, faite par des mains téméraires ou inexpérimentées, a précipité d'une manière non douteuse la marche de la maladie, et a sans aucun doute ravi plusieurs années d'existence à des malades que le cours naturel des choses n'eût emportés que plus tardivement.

Je me rappelle à ce sujet deux malades, toutes deux atteintes de kyste de l'ovaire : chez la première, qui jouissait d'une excellente constitution, la maladie a mis plus de quinze années à parcourir ses périodes ; la ponction, qui avait été plusieurs fois proposée, fut toujours repoussée, et notamment dans une consultation à laquelle j'assistai avec M. Cruveilhier et M. Alquié, du Val-de-Grâce, ami de la famille de cette dame. Chez l'autre dame, la ponction fut faite par un médecin qui se décida à la tenter malgré nos avis. A partir du moment où elle fut faite, la tumeur prit une marche assez rapide à laquelle ne furent point étrangères des douleurs vives et une inflammation qui succédèrent à la ponction, laquelle produisit à peine l'évacuation de la dixième partie de la tumeur qui était composée de loges multiples.

Le caractère indolent et chronique, dont nous avons dû faire un des traits principaux de la physionomie des kystes

abdominaux, ne se rencontre pas dans tous à un égal degré. En général, un kyste qui ne renferme qu'une sérosité pure ne présente pas une marche très accidentée. Mais les poches des acéphalocystes, par exemple, sont très disposées à l'inflammation. Le liquide s'altère, devient puriforme, les vers vésiculaires périssent, et la suppuration se déclare à l'intérieur du kyste.

La différence que nous venons d'indiquer dans la marche habituellement silencieuse et calme des kystes en implique nécessairement une autre, c'est celle de l'époque variable de leur rupture. Habituellement, en effet, ce n'est qu'à une époque avancée de leur développement qu'on voit survenir le travail de perforation des kystes. Mais ce serait une erreur de croire qu'il en est toujours ainsi. Certains kystes, et notamment ceux qui renferment des acéphalocystes, peuvent être le siége de ces ruptures précoces, alors que leur degré de développement n'en faisait en rien prévoir l'imminence. Il est très probable que des guérisons inconnues ont eu lieu dans des cas semblables, quand la rupture a eu lieu sur une surface muqueuse, tandis que dans ceux où elle a lieu à l'intérieur d'une cavité séreuse, elle a surpris au milieu d'une sécurité complète le praticien et le malade.

Du reste, même alors que tout se passe conformément à la marche prévue, il y a deux périodes à établir dans l'évolution des tumeurs enkystées de l'abdomen : 1° la période d'indolence, qui ne s'accompagne d'aucun accident fâcheux; 2° la période d'échauffement de la tumeur qui s'étend depuis l'apparition des troubles généraux jusqu'à la terminaison de la maladie.

Les *terminaisons* naturelles des tumeurs enkystées abdominales sont les unes heureuses, les autres malheureuses; les premières forment l'exception, les autres la règle. Au milieu des terminaisons heureuses, nous devons ranger un état qui n'est pas une terminaison, puisque c'est au contraire la prolongation indéfinie de la maladie, mais qui se rapproche des terminaisons favorables, en ce sens que l'affection a cessé de menacer la vie des malades : nous voulons parler de l'arrêt de développement ou de l'état stationnaire de la tumeur. Quant aux autres modes de guérison spontanée, ce sont : 1° la résorption du contenu du kyste; 2° l'élimination de son contenu par une ouverture spontanée qui se fait soit directement au dehors, soit par une communication accidentelle avec un organe creux qui a pour abou-

tissant un des orifices normaux du canal digestif, des voies urinaires, des voies génitales, ou même des voies respiratoires. Quelquefois les produits du kyste ne s'éliminent pas par l'orifice naturel de l'organe qui s'est mis en communication avec le kyste, mais cet organe devient le siége d'une perforation double, l'une qui communique avec la poche anormale, l'autre qui s'ouvre directement au dehors. Enfin la guérison peut avoir lieu par la transformation des produits du kyste qui se convertissent en quelques unes de ces substances qui restent des temps indéfinis à l'état de tolérance parfaite dans nos tissus, ainsi que cela a lieu pour certaines matières crétacées ou ossiformes, qui peuvent conserver leurs dimensions, une fois acquises, sans produire aucun trouble appréciable dans l'organisme. Il y aurait là peut-être pour la thérapeutique une voie tout entière qui n'a pas encore été suffisamment explorée : ce serait celle qui consisterait à trouver des moyens de transformer les produits contenus dans les kystes, au lieu de les en extraire. Les progrès si remarquables de la chimie organique nous portent à penser que cette espérance ne sera peut-être pas déçue. L'application très prudente de l'électricité, surtout à des kystes acéphalocystes, ne donnerait-elle pas des résultats heureux?

La résorption spontanée, comme mode de guérison des kystes, est très probablement beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose; peut-être ne nous paraît-elle si rare que parce que nous l'attendons en vain dans des kystes d'un certain volume, et parce qu'en effet, dès que ces tumeurs ont pris un grand développement, la résorption spontanée devient une exception des plus rares? Non seulement la chose est rare, comme phénomène spontané, mais elle l'est encore comme résultat d'un traitement purement médical, et plusieurs faits de ce genre, qui ont été cités, sont trop contestables pour que l'on puisse fonder sur eux, des espérances tant soit peu sérieuses. Ce qui fait la fortune de ces thérapeutiques médicales, comme moyen de provoquer la résorption des tumeurs enkystées, c'est d'être, jusqu'au moment, qu'on doit toujours éloigner, d'une opération chirurgicale, les seuls moyens que le médecin ait à sa disposition; et encore faut-il ajouter que ces moyens médicaux, proprement dits, ne sont pas toujours aussi inoffensifs qu'on le suppose, car ils peuvent déterminer dans la tumeur

un travail inflammatoire qui en accélère quelquefois le développement. Loin de regarder un degré même modéré d'inflammation comme une circonstance heureuse dans les tumeurs enkystées d'un certain volume, nous le regardons comme défavorable, parce que, là où il n'est pas permis de compter sur l'inflammation comme agent d'un travail adhésif, elle ne peut faire que du mal.

Terminaison par rupture du kyste. — Quelquefois il arrive que les tumeurs enkystées abdominales, soumises à une compression brusque et violente, comme par un coup, une chute, un effort violent, s'ouvrent mécaniquement, et pourtant d'une manière heureuse, en ce que leur produit s'échappant à travers un des orifices normaux de l'économie, les parois de la poche se resserrent et finissent par adhérer.

Parmi ces ruptures par cause mécanique, dont il existe quelques exemples, il en est bien peu dans lesquels on voie la rupture se produire directement au dehors à travers la paroi abdominale; il en est d'autres dans lesquelles la rupture s'opère sur une muqueuse qui élimine le contenu du kyste; dans quelques uns, la rupture s'opère dans une séreuse; quelques autres enfin se sont rompus soit au sein d'un parenchyme, soit dans le tissu cellulaire.

Les exemples de rupture terminée heureusement à travers la peau ou dans les membranes muqueuses sont parfaitement connus; il n'en est pas de même pour les ruptures dans les séreuses, dans les parenchymes et dans le tissu cellulaire. Dans les séreuses, l'invasion subite d'un produit kystique par déhiscence dans la cavité péritonéale, amène généralement une inflammation mortelle. Cependant Morgagni (Lettre XXXVIII, p. 36) admet que les kystes de l'épiploon se rompent plus facilement que ceux des autres organes, et que cette rupture amène l'ascite. Ce n'est pas que l'ascite puisse être prise comme synonyme d'une terminaison heureuse; mais enfin, ce n'est pas une affection nécessairement incurable. Du reste, l'assertion de Morgagni a évidemment besoin d'être confirmée par des faits plus précis que ceux qu'il a donnés.

Les divers modes de terminaison dont nous venons de parler sont, dans certains cas, anatomiquement attestés par la présence de cicatrices. C'est ce qui fait dire à Morgagni

(Lettre XXXVIII, § 32) que les hydatides rompues n'amènent pas toujours l'hydropisie, mais peuvent guérir. Il cite des observations avec cicatrices dans les reins, cicatrices qu'il rapporte à des hydatides rompues.

Les cas heureux dont nous venons de parler dans le paragraphe précédent sont tout à fait exceptionnels; il n'en est pas ici comme de ces kystes du poignet que le chirurgien, par une méthode bien connue, cherche souvent à faire éclater pour produire volontairement la diffusion de leur contenu dans le tissu cellulaire. A l'abdomen se trouvent des organes, des voisinages anatomiques qui ne sauraient être comparés à l'entourage cellulaire de certains kystes des membres, et qui rendraient souverainement imprudentes les tentatives de rupture essayées par le chirurgien.

Ce que celui-ci peut désirer comme autre variété d'une solution heureuse, ce sont les cas moins rares dans lesquels l'ouverture de la poche s'effectue par un travail ulcératif qui procède avec plus de lenteur, mais qui est beaucoup moins hasardeux. C'est ce mécanisme qu'il importe le plus d'étudier, sous le rapport pratique, parce que c'est celui que l'on doit chercher le plus à imiter dans les procédés qu'on emploie.

Ce mécanisme est le suivant : Il procède tout d'abord par l'établissement d'adhérences entre le kyste et les parois abdominales, ou bien entre lui et quelque organe creux communiquant naturellement au dehors. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'établissement préalable des adhérences a pour effet de tracer une limite protectrice au pourtour de l'ouverture qui va s'établir; cette ouverture s'effectue, le contenu du kyste fait irruption au dehors ou bien dans l'intérieur de l'organe creux, l'élimination successive s'accomplit, un travail adhésif s'empare de l'intérieur du kyste. On possède des exemples de ce mécanisme éliminatoire dans lequel des tumeurs enkystées de l'abdomen se sont vidées ainsi : 1° à la peau, 2° par les bronches, par l'estomac, par l'intestin grêle (duodénum), par le gros intestin (côlon, rectum), par la vessie, par la trompe, par la matrice et par le vagin.

Comme exemple de perforation suivie d'élimination directe à travers une ouverture cutanée, nous rappellerons celui de Guattani, mentionné par Lassus, et dans lequel on voit qu'un kyste s'ouvrit spontanément et plus de trois cents hydatides

s'échappèrent par l'ouverture fistuleuse, pendant six ans. Le malade finit par guérir. (Lassus, *Recherch. et observations sur l'hydrop. enkystée du foie*; *Journ. de médecine* de Corvisart, t. I, p. 137).

3° Enfin la terminaison par transformation des produits renfermés dans le kyste, en substances inoffensives et indéfiniment stationnaires à l'état de tolérance parfaite pour nos tissus, est un mode de terminaison qui, après la résorption spontanée, est le plus désirable : non pas en ce sens que son résultat définitif, qui, en résumé, est la persistance d'un corps étranger dans l'économie, soit préférable à l'expulsion complète par l'ouverture du kyste sur une muqueuse, mais parce que ce dernier mode ne s'accomplit qu'en exposant le malade à des chances souvent périlleuses.

Le travail organique, par suite duquel s'opère la transformation bénigne des tumeurs enkystées, est surtout curieux à étudier dans certaines variétés de kystes et notamment dans celle que constituent les poches des acéphalocystes. Ce travail, qui a été beaucoup mieux apprécié de nos jours, surtout depuis les travaux de Bremser, était déjà connu. Quelques auteurs avaient pensé que les acéphalocystes pouvaient se transformer en athérôme par suite de leur désorganisation. Ruysch croyait qu'elles pouvaient se changer en athérôme, stéatôme et méliceris. Mais nous devons faire remarquer que le sens du mot *hydatides*, par lequel beaucoup d'anciens auteurs désignent certains kystes épiploïques, n'a pas toujours été ce qu'il est aujourd'hui. Il est tel kyste séreux qu'on a qualifié de kyste hydatique ou tout simplement d'hydatide, quoiqu'il ne renfermât aucune trace d'acéphalocyste. Il faut, dans la lecture des anciens auteurs, se tenir en garde contre cette confusion de langage.

Mais revenons au mécanisme suivant lequel s'opère la transformation dont nous avons parlé.

Bremser croit que la désorganisation débute de la manière suivante. Le liquide commence par perdre sa transparence, devient jaunâtre et ressemble à du fromage. Bientôt la vessie se ride, l'humeur qu'elle renfermait se durcit et se transforme en une matière semblable à l'adipocire ou en une masse calcaire que l'on sépare aisément des membranes.

Laënnec pense que les acéphalocystes une fois mortes, le liquide dans lequel elles nagent est absorbé. Dès lors le kyste se

resserre sur lui-même. Dans une observation rapportée par lui, on voit que les vésicules, affaissées et privées depuis longtemps de la vie, étaient réunies par une matière jaunâtre, friable, semblable à une sorte de ciment.

On trouve quelquefois les débris d'acéphalocyste plongés dans un liquide puriforme, épais et pultacé. Dans d'autres cas, c'est une matière albumineuse.

L'absorption finit par enlever la partie la plus ténue du liquide, ce qui augmente la consistance des parties restantes qui se convertissent parfois en tissu fibreux.

Si, dans le grand nombre d'observations que nous possédons sur les tumeurs enkystées de l'abdomen, on compare les cas de terminaisons favorables, spontanément ou artificiellement obtenues, on voit qu'ils constituent une minorité très faible. La perte des malades est donc la conséquence la plus ordinaire de l'existence de ces sortes de tumeurs, et c'est ici que le voisinage anatomique des tumeurs signale toute la gravité qu'il peut donner à une même maladie; car, dans bien d'autres parties du corps, les kystes sont des maladies bénignes et d'un pronostic généralement heureux, tandis qu'à l'abdomen il en est tout autrement, sans qu'on puisse invoquer d'autre motif de cette différence que la présence des organes délicats au contact desquels se trouve l'altération pathologique.

De quelle manière se produisent les terminaisons habituellement malheureuses des tumeurs enkystées de l'abdomen ?

1° Tantôt l'ouverture d'un kyste dans le péritoine, détermine la mort par inflammation de cette membrane. Ce n'est pas seulement dans la séreuse de l'abdomen que ce résultat se produit, mais aussi dans la séreuse de la cavité thoracique, la plèvre.

2° L'ouverture du kyste, alors même qu'elle s'effectue à la surface d'une membrane muqueuse susceptible de déverser au dehors les matières enkystées, peut causer la mort du sujet : 1° par les accidents généraux, fièvre, infection purulente qui peuvent succéder primitivement à l'ouverture de la poche; 2° par l'épuisement et la fièvre hectique qu'entraînent l'abondance et la longue durée de la suppuration.

3° Enfin la mort peut survenir par le seul fait de la gêne mécanique pure et indépendamment de tout travail inflammatoire des parois. C'est ce qui résulte d'une observation de Storck,

dans laquelle on voit que la mort fut causée par la pression exercée sur le poumon par une tumeur hydatique du foie qui avait repoussé le diaphragme jusqu'au voisinage de la clavicule.

Complications. — Il n'est pas rare de voir les tumeurs enkystées de l'abdomen se compliquer soit de maladies de même nature qui siégent dans des organes similaires ou dans des organes différents, soit de maladies de nature diverse, mais qui tiennent à un vice de la constitution, celui précisément qui a donné lieu à la formation du kyste dont on s'occupe actuellement.

Parmi les tumeurs qui tiennent à des lésions de même nature, siégeant dans des organes multiples, il faut citer en première ligne, les kystes hydatiques et les kystes tuberculeux. L'espèce de sympathie morbide que manifestent les organes bilatéraux, rend compte jusqu'à un certain point d'une complication qui s'observe pour certaines tumeurs enkystées du rein, de l'ovaire, etc., soit que l'affection qui existe dans les deux organes similaires ait la même nature et consiste en une tumeur enkystée, soit qu'elle offre une nature différente, l'analogie consistant alors, non pas en ce que les organes ont la même maladie, mais seulement en ce qu'ils sont malades tous les deux. Toujours est-il que l'existence d'altérations simultanées dans les deux reins et dans les deux ovaires, est un fait hors de doute et qui semble constituer une différence notable entre ce qui existe pour le testicule et ce que l'on observe pour l'ovaire. C'est là du moins ce qui résulterait d'une statistique de Bluff qui, sur un groupe de dix-huit cas, a vu sept fois seulement l'hydropisie d'un ovaire concorder avec l'intégrité de l'autre, et onze fois avec des altérations de diverses natures dans l'ovaire du côté opposé (journal *l'Expérience*, n° 25, p. 361, février 1838). Or, jamais on n'a vu les cas de maladies simultanées des testicules se présenter en proportion aussi considérable. Mais la complication la plus fréquente des tumeurs enkystées de l'abdomen, c'est l'existence d'une ascite ; cette circonstance donne lieu à des difficultés très grandes dans le diagnostic aussi bien que dans le traitement, et nous citerons plus tard un cas dans lequel apparaîtront plusieurs particularités relatives à ce mode de complication.

Enfin les tumeurs enkystées de l'abdomen peuvent coexister chez les femmes avec un état qui, de parfaitement normal qu'il

est habituellement, devient alors une véritable complication ; nous voulons parler de la grossesse qui influe quelquefois d'une manière très notable, le plus souvent en mal, quelquefois en bien, sur les tumeurs enkystées de l'abdomen, et qui à son tour est influencée par elles, mais alors dans un sens plus ou moins défavorable. En effet si, dans certains cas, la terminaison naturelle peut s'effectuer, ainsi qu'on en a un certain nombre d'exemples, du moins la grossesse est-elle toujours plus pénible. D'autres fois l'avortement se produit ; et dans certains cas, enfin, il survient des obstacles à la parturition qui sont pour l'accoucheur l'objet de difficultés réelles.

Le diagnostic des tumeurs enkystées de l'abdomen présente un problème qui, dans bien des circonstances, offre d'insurmontables difficultés. Il n'y a peut-être pas de région du corps dans laquelle les erreurs de diagnostic aient été plus fréquentes. Parmi ces erreurs, les unes ont été la conséquence d'une inattention extrême ou d'une incroyable légèreté, et celles-là on peut et l'on doit les éviter; il en est d'autres qui tiennent aux difficultés même du sujet, et l'expérience la plus consommée, l'attention la plus soutenue n'ont pas toujours pu en faire éviter l'écueil à des hommes d'une habileté très grande. Aussi, rien n'est plus fréquent dans la pratique, que de voir des médecins fort habiles conserver de l'incertitude quand il s'agit de prononcer sur l'existence de certains kystes de l'abdomen, dont on ne reconnaît la véritable nature que par suite du développement progressif de la maladie. Ce à quoi le praticien doit s'attacher, c'est à réserver son jugement tant qu'il n'a pas acquis la preuve positive de l'existence d'un kyste abdominal. On peut en effet adresser des reproches à celui qui commet une erreur; on ne saurait blâmer celui qui reste dans l'incertitude tant qu'il n'a pas des motifs suffisants pour décider la question.

Les difficultés du diagnostic tiennent ici non seulement au grand nombre d'organes différents auxquels peut appartenir la tumeur, mais encore au nombre des circonstances qu'il faut déterminer relativement à cette tumeur, pour établir un diagnostic complet. On en jugera par l'énumération que nous allons faire des *desiderata* du diagnostic dans le cas de tumeurs enkystées de l'abdomen.

Il comprend, 1° le diagnostic différentiel d'avec certains états

normaux qui ne sont pas habituels, quoique rentrant dans l'ordre naturel;

2° Le diagnostic différentiel entre les tumeurs enkystées et des tumeurs que forment les réservoirs naturels accidentellement dilatés;

3° Le diagnostic différentiel du siége intra ou extra-péritonéal de la tumeur;

4° Le diagnostic différentiel d'avec d'autres maladies, telles que les diverses tumeurs solides non enkystées, les tumeurs qui sont demi-solides demi-liquides, les tumeurs liquides, et enfin les tumeurs gazeuses;

5° Le diagnostic différentiel des formes diverses d'une même tumeur enkystée, à savoir, la détermination de l'unité ou de la pluralité des loges, celle des adhérences, etc.;

6° Enfin le diagnostic des complications.

On voit donc de combien d'éléments variés se compose la solution du problème, et l'on se demande aussitôt quelles sont les ressources générales du diagnostic, afin de n'omettre l'emploi d'aucune d'elles.

Ces ressources s'empruntent, 1° à l'influence de la position imprimée au corps du malade, sur la manifestation de certains signes qui, dans telle attitude, sont peu apparents, et qui le deviennent beaucoup dans une attiutde opposée; à quoi il faut ajouter:

2° La palpation;

3° La percussion;

4° L'auscultation;

5° L'exploration de la sensibilité;

6° Les combinaisons à l'aide desquelles on peut rendre la fluctuation plus facile à percevoir;

7° Enfin, les circonstances relatives à la mobilité des liquides que peut renfermer la cavité abdominale, ou à celle qui résulte du déplacement facile de certains viscères abdominaux.

Quand le chirurgien, dans un cas de diagnostic difficile d'une tumeur de l'abdomen, a successivement appliqué avec intelligence tous les modes d'exploration que nous venons d'énumérer, si le diagnostic n'est pas élucidé, il y a lieu à une incertitude légitime, et l'on doit s'abstenir de se prononcer définitivement.

Nous insisterons sur les diverses parties du programme que nous venons d'exposer.

Faisons préalablement remarquer que, dans certains cas, le diagnostic est impossible. De ce genre sont ceux dans lesquels la tumeur ne fait aucune saillie apparente. On en a des exemples pour certains kystes du foie. On a bien dit, il est vrai, que, dans des cas semblables, on a pu être averti de la possibilité d'existence de ces kystes, par des troubles généraux qui ne se seraient rapportés à aucune autre cause; mais on n'a pas même cette ressource, car MM. Andral (*Clinique médicale*, t. II, p. 545 et Cruveilhier (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I, p. 213) ont rapporté plusieurs exemples d'hydatides du foie, sans aucune espèce de symptômes.

Diagnostic différentiel des tumeurs enkystées de l'abdomen et de la grossesse. — Toutes les fois que, chez la femme, on rencontre certaines tumeurs qui présentent au premier aspect quelque analogie avec une tumeur enkystée, il faut se demander si l'on n'a point affaire à une grossesse. La tumeur occupe-t-elle les parties supérieures de l'abdomen, l'âge de la malade exclut-il d'emblée l'idée d'une grossesse? La supposition tombe d'elle-même. Mais dans les tumeurs qui occupent les parties moyenne et inférieure du ventre, chez une femme chez laquelle il n'y a aucune incapacité absolue pour la conception, cette question doit être posée, parce qu'il y a des exemples d'erreurs graves et funestes dépendant de ce que l'on avait omis les explorations nécessaires en pareil cas. C'est surtout dans les traités d'accouchement qu'il faut chercher les éléments du diagnostic différentiel entre la grossesse et les tumeurs qui peuvent la simuler; mais ici doivent se trouver nécessairement quelques indications rapides sur cette question qui se rattache de toute évidence à notre sujet.

La grossesse, sous le rapport du diagnostic différentiel, doit être divisée en deux périodes : 1° celle qui est encore exempte de toute manifestation fœtale; 2° celle dans laquelle ces manifestations existent.

Nous appelons ici manifestations fœtales, les circonstances essentiellement inhérentes au fœtus, et qui peuvent dévoiler sa présence dans la cavité utérine, ou même hors de cette cavité. Ces manifestations sont les unes passives, les autres actives. Aux premières, nous rattachons : 1° le ballottement, 2° les inégalités auxquelles peut donner lieu le corps du fœtus; les manifes-

tations actives auxquelles appartiennent : 1° les mouvements du nouvel être ; 2° les mouvements du cœur du fœtus, ou, si l'on veut, les bruits particuliers qui les font reconnaître.

Cela posé, nous disons qu'il faut distinguer la grossesse en trois périodes : 1° celle où il y a absence absolue de manifestation fœtale : 2° celle où il y a manifestation passive ; 3° celle où il y a manifestation active et spontanée.

A la première période : la réunion de toutes les circonstances qui accompagnent le début de la grossesse constitue un ensemble sur lequel on peut fonder de très grandes probabilités ; mais il n'y a pas de signes absolus.

Dans la seconde période, il est un signe, le ballottement, qui, s'il est perçu nettement, est absolu, mais qui offre certaines difficultés de perception.

Dans la troisième période, les mouvements actifs du fœtus, quand ils peuvent être constatés par le chirurgien (car l'appréciation de la femme est sujette à illusion) et les doubles battements du cœur du fœtus donnent une complète certitude.

Le diagnostic de la grossesse, dans le cas où la question différentielle se pose, peut être infiniment probable ; mais il n'est pas rigoureux, tant que des manifestations fœtales, actives ou passives, n'ont pu être obtenues. Il devient certain dès que celles-ci sont indubitablement perçues.

Ce n'est pas seulement dans la grossesse normale, et quand le fœtus est régulièrement contenu dans le corps de la matrice, qu'il y a lieu d'établir le diagnostic différentiel dont nous parlons, c'est encore et plus difficilement dans les cas de ces grossesses anormales qu'on appelle grossesses extra-utérines. Dans ce cas encore, le diagnostic doit se porter d'après les manifestations fœtales, soit actives si le fœtus est vivant, et s'il est à une époque assez avancée pour qu'elles soient perceptibles, soit passives dans le cas contraire. M. Cazeaux, dans son excellente thèse sur les kystes de l'ovaire, cite un exemple dû à M. Bricheteau, et dans lequel on voit qu'une femme, qui parut offrir des signes de grossesse, et chez laquelle on crut à une grossesse ovarique, fut soumise à la gastrotomie, et mourut le sixième jour. Il n'y avait aucune trace de grossesse.

Dans certains cas, il y a coexistence de la grossesse avec une tumeur enkystée abdominale. Dans les cas de ce genre, le

ventre offre deux tumeurs distinctes : l'une qui présente les manifestations fœtales, l'autre qui en est dépourvue.

2° *Diagnostic différentiel des tumeurs enkystées abdominales et de la dilatation de certains réservoirs.* — Quelquefois, l'accumulation plus ou moins lente d'un liquide de sécrétion dans l'intérieur d'un réservoir organique normal, ou sur le trajet d'un conduit qui forme une sorte de renflement ampullaire, peut donner lieu de croire à l'existence d'une tumeur enkystée. Ceux des organes de l'abdomen, qui sont susceptibles d'offrir des dilatations de ce genre, par la rétention des produits qu'ils renferment dans l'état normal, doivent être l'objet d'une attention spéciale, et l'emploi de tous les moyens propres à déterminer la déplétion des cavités qui peuvent être distendues, devient un préliminaire obligé avant de procéder à l'établissement d'un bon diagnostic. Le cathétérisme, les évacuants, les pressions expulsives, sont les moyens à l'aide desquels le chirurgien fait justice, en certains cas, d'une cause d'erreur dans laquelle on ne peut guère tomber que par un peu d'inattention. Nous devons convenir, toutefois, que le diagnostic différentiel d'un kyste du foie et d'une distension de la vésicule biliaire a offert, dans quelques circonstances, des difficultés réelles.

3° *Diagnostic différentiel du siége intra ou extra-péritonéal.* — Étant donnée une tumeur enkystée de l'abdomen, il faut déterminer si cette tumeur siége dans les parois de la cavité, ou si elle est intra-péritonéale. Quand elle se rencontre à la paroi abdominale antérieure, sa position superficielle, la possibilité, quand elle n'est pas trop volumineuse, de la soulever par une espèce de pincement, le caractère des déplacements qu'on lui imprime, peuvent, dans un certain nombre de cas, éclairer suffisamment le diagnostic. Mais si la tumeur a pris un développement considérable, ainsi que cela s'observe dans une certaine variété de kyste qui a été désignée sous le nom d'*hydropisie des parois abdominales*, le diagnostic peut devenir d'une difficulté extrême, et ce serait le cas de recourir à un signe dont il nous est impossible d'apprécier par avance la valeur : c'est celui qui consiste à diviser artificiellement, au moyen du bord cubital des mains d'un aide, la masse formée par la tumeur, de manière à la séparer en deux loges qui cessent de se renvoyer la fluctuation. Si la collection est renfermée dans la grande cavité péritonéale,

cette manœuvre doit manquer son effet; si, au contraire, la tumeur siége dans les parois, ce *modus faciendi* doit éclairer le diagnostic. On peut encore, lorsque la tumeur enkystée occupe la paroi inférieure de l'abdomen, employer divers modes d'exploration capables de faire distinguer si elle est au dehors ou au dedans de la grande cavité péritonéale ; mais quand elle siége soit à la paroi supérieure, soit à la paroi postérieure, cette partie du diagnostic est, pour ainsi dire, impossible.

4° *Diagnostic différentiel des tumeurs enkystées et des tumeurs non enkystées.*—Les tumeurs non enkystées doivent, sous le rapport du diagnostic différentiel, être distinguées d'après le degré de consistance des produits qu'elles renferment : 1° tumeurs solides, 2° tumeurs demi-solides, demi-liquides, 3° tumeurs liquides, 4° tumeurs gazeuses.

1° *Tumeurs solides.*—Les tumeurs qui sont complétement solides sont discernées des tumeurs enkystées liquides, par ce seul fait, que le caractère de leur consistance (quand il peut se constater indubitablement), sera positivement établi. Ces tumeurs ne sont pas pour cela diagnostiquées ; mais enfin, on sait, à partir de ce moment, qu'on n'a pas affaire à une tumeur enkystée de l'abdomen ; il faut bien noter toutefois que l'absence de fluctuation dans toute tumeur qu'on serait tenté de prendre pour un kyste n'a pas une valeur absolue, par la raison qu'il est des kystes renfermant des liquides, dans lesquels la fluctuation ne peut être perçue, cela par plus d'un motif, et, sans aller plus loin, par le seul fait de l'épaisseur trop considérable des enveloppes. C'est ainsi que l'état squirrheux ou encéphaloïde du foie, de la rate, de l'estomac, des intestins, des reins et de l'ovaire ; qu'un corps fibreux de l'ovaire ou de la matrice, peuvent quelquefois être confondus avec des tumeurs enkystées. Dans des cas de ce genre, c'est en ayant recours à d'autres considérations, telles que celles des douleurs lancinantes, des désordres fonctionnels propres aux organes altérés, comme le trouble dans la circulation des matières intestinales, des phénomènes relatifs à l'étranglement, etc., que l'on peut trouver le moyen d'élucider la question de savoir si c'est à une tumeur enkystée ou à une tumeur solide que l'on a affaire.

Les tumeurs demi-solides, demi-liquides, doivent aussi figurer dans le programme des questions qu'il convient de se poser

quand on veut établir un diagnostic différentiel complet. L'expérience prouve, en effet, que souvent, à côté d'une tumeur enkystée, et dans le même organe, il existe une tumeur en partie solide, en partie liquide. Combien de fois, par exemple, les tumeurs fibreuses de l'ovaire ne sont-elles pas compliquées de kystes dans cet organe! Combien de fois ne voit-on pas coïncider certaines productions kystiques, telles que les hydatides, avec une altération cancéreuse! Cette particularité du diagnostic a une application directe au traitement; car, avec un kyste complétement isolé de toute autre maladie, on peut songer à certaines opérations qui seraient formellement contre-indiquées, dans le cas où il existe à côté de la tumeur kystique une masse solide sur laquelle l'opération ne peut rien, si même elle n'est pas essentiellement nuisible.

2° *Diagnostic différentiel des tumeurs liquides qui ne sont pas enkystées et des tumeurs enkystées.* — Ces tumeurs sont les abcès, l'hydropisie de l'utérus, et enfin l'hydropisie ascite. Les abcès peuvent se présenter dans deux conditions : à l'état aigu ou à l'état chronique. Dans le premier cas, il y a un ensemble symptomatologique tellement familier au chirurgien, qu'il ne lui est guère possible de tomber dans l'erreur, pour peu qu'il apporte un certain degré d'attention. A l'état chronique, au contraire, et lorsque les abcès se sont entourés d'une membrane véritablement kystique, les signes différentiels actuellement existants sont très douteux, car souvent rien ne ressemble mieux à un kyste qu'un abcès enkysté. Ce sont les circonstances antécédentes qui peuvent fournir quelques présomptions à cet égard, car, pour une certitude, il n'y faut pas compter.

Il faut donc convenir que, dans certains cas, il est bien difficile de ne pas confondre certains kystes hydatiques ou séreux avec les abcès froids qui n'ont donné lieu à aucun des symptômes indiquant la pyogénie. Aussi cette erreur s'est-elle commise bien des fois sans qu'on puisse faire un reproche de cette méprise à des hommes du reste très habiles et très expérimentés. Mais, du moins faut-il s'attacher à recueillir tous les indices qui peuvent mettre sur la voie.

1° Dans les cas où il existe un vice diathésique dont les effets se sont déjà manifestés sur d'autres parties du corps, il y a quelque présomption que la collection abdominale enkystée

dont il s'agit actuellement de préciser le caractère, est de la même nature que les accidents locaux qui ont été observés dans d'autres points.

2° La considération du volume n'est pas dénuée d'importance, et l'on peut dire qu'un volume très considérable exclut l'idée d'un abcès. Il faut savoir cependant que ce n'est qu'au delà d'une certaine limite que cette considération acquiert toute sa valeur, car on a vu à la région de l'abdomen des collections purulentes qui offraient un très notable volume. Cavalier a décrit un abcès du foie qui soulevait les côtes, depuis la septième jusqu'à la dixième, et qui formait un volume égal à celui d'une tête d'enfant.

3° Influence sur l'état général. Les kystes n'ont pas la même marche que les abcès, ceux-là même qui sont le plus dénués des attributs appartenant aux collections purulentes. Il survient beaucoup moins de troubles généraux par la présence du kyste que par celle de l'abcès.

4° La tumeur par abcès est molle, n'a pas la même résistance que le kyste, ne laisse percevoir qu'une fluctuation obscure, s'accompagne quelquefois de l'empâtement de la paroi abdominale. Les kystes, au contraire, forment une tumeur résistante, élastique, bien circonscrite, présentant une fluctuation plus manifeste. Il faut faire une exception pour certains cas de kystes à parois très épaisses ou très fortement tendues. Enfin le bruit hydatique peut s'observer dans les kystes; il ne se rencontre jamais dans les abcès.

Maintenant on conçoit que ces moyens différentiels n'existent que quand chacune des maladies comparées entre elles a conservé son caractère. Si le kyste, par suite de son inflammation, renferme du pus, il revêt par là même quelques uns des caractères de l'abcès.

3° *L'hydropisie de l'utérus.*—Les signes différentiels d'avec les tumeurs enkystées proprement dites se puisent dans la situation primitive de la tumeur qui, dès le début, occupe la ligne médiane; dans son mode de développement par suite duquel elle s'élève directement vers l'ombilic; dans sa forme, qui reproduit plus fidèlement celle de l'utérus agrandi que ne le fait aucune autre tumeur enkystée; dans son mode de fluctuation, qui est très distincte du côté du vagin, et enfin dans la circonstance de

la suppression des règles, qui a toujours lieu dès le début de la maladie.

4° *Ascite.*—Le premier signe dépend de la mobilité du liquide qui compose la tumeur. Est-il mobile dans la cavité abdominale, c'est une ascite; est-il invariablement fixé dans une enveloppe distincte, c'est un kyste. Ainsi, dans l'ascite, le liquide se déplace, il se porte vers les parties déclives, il fait proéminer le ventre quand le malade est debout, il lui permet de s'affaisser à la partie moyenne avec proéminence des parties latérales, pendant le décubitus.

Dans les tumeurs enkystées, le ventre ne change pas de forme, quelle que soit la position donnée au malade.

Dans l'ascite, les intestins gonflés par les gaz qu'ils renferment, devenus moins pesants que le liquide, tendent sans cesse à le surnager, en sorte qu'ils se déplacent chaque fois que le malade change de position. Aussitôt que le liquide se porte d'un côté, ils se portent du côté opposé. Il résulte de là que la percussion donne un son mat à la région épigastrique, quand le malade est debout ou quand il s'assied sur son lit. Se couche-t-il sur le dos, la sonorité se manifeste à la région ombilicale. Dans les tumeurs enkystées, au contraire, les intestins sont toujours refoulés du côté opposé à la tumeur, et ils occupent toujours les mêmes points (Rostan, *Nouveau journal de médecine*, t. III, p. 215).

Ce caractère peut cependant manquer dans les circonstances suivantes : 1° lorsque les intestins ne sont pas distendus par des gaz; 2° lorsque la collection de liquide est trop considérable, parce qu'alors le mésentère étant trop court pour permettre aux viscères de parvenir au contact des parois abdominales, l'adossement ne peut plus avoir lieu; 3° lorsque des adhérences, formées antérieurement à l'ascite, retiennent les intestins à distance des parois; 4° enfin, lorsque ces adhérences ont fixé à la paroi abdominale une anse d'intestin qui ne peut plus s'en éloigner.

La fluctuation des tumeurs enkystées est moins frappante que celle de l'ascite.

Dans l'ascite, la santé générale est gravement compromise, l'ensemble des fonctions est plus ou moins troublé, les membres inférieurs sont œdématiés.

5° *Diagnostic différentiel des formes diverses d'une même tumeur*

enkystée; de l'unité ou de la pluralité des loges; des adhérences. — Les diverses variétés d'une tumeur enkystée, suivant ses différences de nature, se diagnostiquent très difficilement.

Quand il existe simultanément plusieurs kystes à l'égard de l'un desquels le diagnostic est positivement établi, c'est une présomption en faveur de l'identité probable des autres kystes.

Quand une tumeur enkystée fait entendre le bruit particulier qui a été considéré comme le signe positif de la présence des hydatides, la nature de la tumeur se trouve spécifiée. Non seulement on sait que c'est un kyste, mais encore on sait ce qu'il renferme.

Il est des circonstances dans lesquelles le diagnostic différentiel se fait en quelque sorte tout seul. C'est lorsque le kyste, s'étant mis en communication avec une muqueuse, verse au dehors avec les sécrétions normales un produit caractéristique.

Il y a cette conséquence à tirer, que dans la recherche diagnostique de la nature des kystes, il faut apporter une attention particulière à l'examen des excrétions provenant des membranes muqueuses, parce qu'on y trouve quelquefois un renseignement décisif sur l'existence même du kyste et sur le genre de kyste auquel on a affaire.

C'est ainsi que dans des kystes du rein, la sortie avec l'urine de poches acéphalocystes ou de leurs débris éclaire à l'instant même le praticien et dissipe tous ses doutes. Voici, en effet, ce que l'on observe dans les cas de ce genre: Le kyste, en se développant, finit par rencontrer les parois du bassinet et par s'y ouvrir un passage. Les vésicules passent alors avec l'urine dans l'uretère et dans la vessie. Il en résulte de vives douleurs, à moins que les vésicules ne soient assez petites pour franchir librement les voies urinaires, ce qui est rare. On voit se développer les symptômes d'une colique néphrétique, et, lorsque les vésicules franchissent le canal de l'urètre, tous les accidents de la rétention d'urine; enfin, après des efforts pénibles, le malade rend avec l'urine des débris membraneux, dont la présence est le caractère pathognomonique de l'acéphalocyste rénale.

Dans les cas de kystes uniloculaires, la surface est plus lisse, la marche de la maladie est plus rapide, la tumeur est susceptible d'acquérir un volume plus considérable que dans les autres variétés, la fluctuation y est plus tranchée. Dans les cas de kystes multiloculaires, la fluctuation est obscure ou presque nulle;

perceptible dans un point et pas dans un autre; la tumeur offre des inégalités de consistance qui sont en rapport avec la densité inégale des matières contenues dans chaque loge.

Les *adhérences* ne sont susceptibles d'être bien exactement constatées que quand les tumeurs enkystées n'ont pas encore acquis un volume trop considérable; pour les reconnaître, il faut que la tumeur ait conservé quelque mobilité, parce qu'alors le contraste qui existe entre ses déplacements, possibles dans un certain sens et arrêtés dans un autre, fait juger qu'il y a là une bride, un obstacle qui ne peut être attribué le plus habituellement qu'à des adhérences plus ou moins étendues. Quand la tumeur a pris des proportions quelque peu considérables, il y a impossibilité de diagnostiquer les adhérences. Bright a parlé d'un bruit de craquement particulier, comme propre à faire reconnaître l'existence des adhérences appartenant à certains kystes; mais ce signe, ayant été positivement contesté par Beatty et Corrigan, ne saurait avoir une valeur suffisante pour décider la question.

6° *Diagnostic des complications.*—Il ne suffit pas d'avoir élucidé tous les points qui font l'objet des paragraphes précédents, pour dire qu'on a établi un diagnostic complet; il importe de savoir encore si la tumeur enkystée, que nous supposons parfaitement bien connue dans son siége, dans sa nature, dans toutes ses particularités diagnostiques, est ou n'est pas accompagnée d'une maladie analogue dans d'autres organes, ou de quelque autre maladie d'une nature différente de celle de la tumeur enkystée.

Il n'est pas indifférent de suivre dans la recherche des complications un ordre méthodique: les premières recherches, quand l'organe est bilatéral, doivent porter sur l'organe similaire, du côté opposé à celui qu'occupe la maladie. Elles doivent porter ensuite sur les organes qui sont similaires par la nature de leurs fonctions et de leur texture anatomique; sur les autres glandes, si la tumeur enkystée occupe une glande; sur les organes membraneux, si elle occupe les parois d'une cavité. On passe ensuite en revue tous les autres organes sans tenir compte de leur analogie avec celui qui est affecté.

Pronostic des tumeurs enkystées de l'abdomen. — Il se prête peu à des considérations générales et se déduit, dans chaque cas

particulier, des circonstances dans lesquelles celui-ci se présente sous le rapport :

1° *Du volume de la tumeur.* — Il est évident que plus le kyste, toutes choses égales d'ailleurs, a acquis de volume, plus il entraîne d'inconvénients, plus il fait courir de dangers au malade.

2° *Du siége général de la tumeur.* — Il est des régions de l'abdomen, celles qui sont spacieuses et souples, dans lesquelles le développement naturel de la maladie se fait sans amener de longtemps des accidents fâcheux; tandis qu'il est d'autres régions où, même avec un développement encore peu considérable, la présence d'un kyste entraîne des phénomènes de compression tout à fait fâcheux. Ceci s'applique encore plus directement à la nature de l'organe dans lequel siége la tumeur. Comparez, sous ce rapport, la bénignité relative d'un kyste de l'ovaire qui peut atteindre un volume énorme avant de compromettre directement la vie, à celle d'un kyste du foie qui, avec un volume trois fois moindre, aura déjà produit les accidents les plus graves. Le contenu du kyste joue également un grand rôle dans le pronostic : tel kyste simplement séreux pourra être supporté sans inconvénients graves pendant fort longtemps; un kyste acéphalocyste, au contraire, aura beaucoup plus de chances de s'enflammer et de s'ouvrir en amenant des désordres fâcheux. Mais ce qui influe par-dessus tout sur le pronostic, c'est le degré de rapidité de la marche et le genre probable de terminaison. Avec un kyste à marche très lente, exempt de toute complication, la vie peut se conserver pendant des espaces de temps considérables; avec un kyste à développement rapide, quelque favorable qu'en soit la nature, on peut de bonne heure prévoir le moment où l'existence de la tumeur ne sera plus compatible avec la conservation de la vie.

Traitement. — Le traitement chirurgical des kystes intra-péritonéaux doit seul nous occuper ici.

Si, pour justifier l'emploi des opérations chirurgicales dans le traitement des kystes intra-péritonéaux, il ne s'agissait que de produire, sans tenir compte de leur plus ou moins de rareté, des exemples de guérison par les différentes méthodes opératoires qui ont été proposées, il n'en est pas une qui ne dût être conservée, car toutes ont compté au moins quelques succès; mais, ce n'est pas ainsi qu'il convient de pro-

céder : il faut se demander si les succès, comparés aux revers, donnent des résultats assez avantageux pour encourager sérieusement le chirurgien à tenter ces divers genres d'opérations. Eh bien, d'une manière générale, nous croyons pouvoir dire, que si la thérapeutique médicale est impuissante, la thérapeutique opératoire n'est pas heureuse, et que dans une foule de circonstances, elle serait pleine de dangers. Les tumeurs enkystées intra-péritonéales sont donc de celles sur lesquelles il ne faut porter l'instrument qu'après de mûres réflexions, et dans des circonstances bien déterminées.

Deux ordres de dangers entourent toutes les opérations de ce genre : c'est, d'une part, l'imminence de la péritonite, qui dans les cas où elle dépend du traumatisme chirurgical, devient presque toujours mortelle; c'est, d'une autre part, l'inflammation de mauvaise nature à laquelle est prédisposée, d'une manière bien fâcheuse, la surface interne des tumeurs enkystées de l'abdomen.

Il devient évident que la première indication à se proposer avant toute opération par laquelle on agit sur des kystes péritonéaux, c'est de se prémunir contre l'inflammation probable et si dangereuse du péritoine. En second lieu, de se préparer les moyens de prévenir et de combattre, dans l'intérieur de ces poches membraneuses, l'inflammation de mauvaise nature, qui tend presque toujours à s'y établir. Sous ce rapport, nous croyons que l'usage des injections iodées, qui, depuis l'époque où M. Velpeau lui a créé de si utiles applications dans la pratique, tend à prendre de jour en jour une plus grande importance, pourra, plus que tout autre moyen, peut-être neutraliser cette mauvaise nature de l'inflammation des kystes intra-péritonéaux.

Quant aux moyens que l'art possède pour prévenir l'effusion des produits du kyste dans la cavité péritonéale, il en est plusieurs qui ont été employés avec des chances diverses. Pour déterminer leur valeur relative, il faudrait un nombre d'observations plus considérable que celui qu'on possède. Ces moyens sont les suivants :

1° L'ouverture préalable du péritoine, sans toucher au kyste avant que des adhérences limitatives se soient établies. Ce procédé, qui est dû à l'honorable M. Bégin, nous paraît être de

tous le plus rationnel. Cela ne veut pas dire qu'il soit exempt de danger, puisque la seule ouverture du péritoine, sans même que le kyste soit encore ouvert, peut donner lieu à une péritonite bien autrement étendue que cette péritonite circonscrite et adhésive, qu'on cherche à produire, dans ce cas, par un mécanisme facile à comprendre.

2° Un deuxième moyen proposé par M. Récamier consiste à pénétrer dans le kyste à travers la cavité péritonéale, au moyen de l'application successive de caustiques produisant des escarres qui s'entourent, du moins on l'espère, d'une inflammation adhésive, par suite de laquelle est éloignée la crainte d'un épanchement dans le péritoine. Ce moyen est ingénieusement conçu, mais est-il aussi sûr dans ses résultats qu'il le semblerait au premier abord? Nous hésitons à le croire, et nous déclarons franchement n'avoir pas vu un assez grand nombre d'applications caustiques faites aux séreuses, dans l'intention d'y déterminer l'inflammation adhésive, pour pouvoir nous prononcer sur la valeur de ce moyen.

3° M. Trousseau a pensé qu'on pourrait arriver, par l'acupuncture, à produire, sans faire courir de dangers aux malades, ces adhérences si nécessaires au but qu'on se propose. Les expériences, peu répétées, il est vrai, de ce mode opératoire, ne permettent pas de fonder sur lui des espérances suffisantes pour le faire adopter.

4° L'instrument, fort ingénieux, du reste, dû au docteur Rambaud, ne compte pas non plus des succès qui soient de nature à permettre de lui attribuer une grande confiance.

Voici sur quel principe il est fondé. L'instrument consiste dans l'addition à la canule du trocart ordinaire d'une sonde-canule externe, divisée, non loin de son extrémité, en quatre branches articulées. Le trocart ainsi disposé, étant plongé dans l'abdomen, la canule externe, poussée en avant, fait développer, à l'instar d'un parapluie, les quatre branches qui viennent s'appliquer contre la paroi interne du kyste, de manière à le retenir adossé contre le feuillet pariétal du péritoine, afin de provoquer l'adhésion de la surface externe du kyste avec ce feuillet.

5° Enfin, M. Jobert a proposé de laisser la canule du trocart en place pendant quelques heures après la ponction, également

dans le but de déterminer des adhérences. Nous ne pensons pas que l'on puisse compter sérieusement sur ce moyen.

On voit donc que de tous les moyens proposés pour procurer l'adhésion péritonéale, condition sans laquelle on ne doit pas tenter d'atteindre chirurgicalement les kystes à travers la cavité du péritoine, il n'en est aucun possédant un degré de certitude tel que le praticien puisse y mettre sa confiance.

Ce premier point des opérations préparatoires faites dans le but d'obtenir l'adhésion péritonéale, étant examiné, nous avons à dire quelque chose des diverses opérations par lesquelles on a proposé de traiter les tumeurs enkystées intra-péritonéales.

Ces opérations sont surtout la ponction, l'incision et enfin l'extirpation.

La ponction, appliquée aux tumeurs enkystées de l'abdomen, a été pratiquée à plusieurs titres : 1° comme moyen explorateur, à l'effet de déterminer si l'on a affaire à un kyste, et quelle est la nature de celui-ci ?

On sait avec quelle facilité beaucoup de chirurgiens se décident à pratiquer une ponction explorative, au moyen d'un trocart très fin, dans les tumeurs qui n'ont pas de rapports directs avec les grandes cavités viscérales. Cette conduite, en effet, n'a que rarement des conséquences fâcheuses, et sans regarder ces sortes de ponctions comme indifférentes dans les cas dont nous parlons, il ne nous semble pas qu'il y ait lieu d'en proscrire l'usage. Mais quand on approche de la cavité péritonéale, il n'en est pas ainsi, et ce n'est que sur des indications très formelles qu'on doit se décider à pratiquer ces sortes de ponctions, même avec un trocart très fin. L'expérience a prouvé qu'il n'en faut pas davantage pour déterminer dans certains kystes, ceux en particulier qui renferment des hydatides, un travail inflammatoire impossible à enrayer, et pouvant déterminer la perte de malades, qui pouvaient vivre encore pendant assez longtemps avec leur tumeur.

La seule chose qui puisse justifier la ponction explorative, c'est la nécessité d'une détermination à prendre immédiatement après les résultats connus de cette ponction.

Ainsi, par exemple, dans le cas où des indices très significatifs portent à penser qu'on a affaire à un abcès qui occupe la face convexe du foie ou de toute autre région de l'abdomen, et

qui est en marche vers une perforation spontanée, si cette dernière se fait trop attendre, et s'il survient des accidents généraux de nature à hâter l'intervention du chirurgien, on peut, comme dernière précaution avant d'inciser les tissus, recourir à cette ponction explorative. C'est ce que j'ai eu lieu de faire tout récemment à l'hôpital Saint-Antoine sur une malade du service de mon honorable collègue M. Legendre, et qui présentait une tumeur extrêmement douloureuse à la région sous-ombilicale.

La ponction a été employée à titre palliatif, et c'est sous ce rapport que, réduite pourtant à des conditions bien modestes, elle a rendu le plus de services. D'abord elle est réellement indiquée; car, lorsqu'un malade, atteint de tumeur enkystée abdominale, est dans un état de suffocation imminente, s'il y a lieu d'attendre de la ponction la cessation actuelle des accidents et la prolongation de la vie du malade, dût-elle n'être que de courte durée, le chirurgien ne doit pas se refuser à faire une opération qui, à un moment donné, rend un service réel et qui pourra peut-être continuer ses bienfaits pendant quelque temps encore.

Mais il faut bien s'entendre sur ce mot de ponction à titre palliatif, car, dans une certaine acception, nous admettons parfaitement la ponction palliative; dans un autre sens, nous la rejetons formellement. On voit combien il est essentiel de bien préciser en pareille matière. Entend-on qu'on emploiera la ponction comme moyen palliatif, quand les accidents deviennent très difficiles à supporter, ou quand il y a imminence de danger immédiat? Nous admettons la convenance, l'opportunité, l'humanité de l'opération.

Entend-on, au contraire, qu'on va entreprendre la cure palliative alors que la maladie est bien supportable, mais seulement dans le but de la rendre encore moins incommode ou d'en retarder les progrès? Ici nous la rejetons d'emblée.

Voici les griefs que nous élevons contre ce mode de cure palliative :

1° La ponction peut être un stimulant capable de précipiter vers une terminaison fatale, le cours d'une maladie qui aurait pu mettre beaucoup de temps encore à parcourir ses périodes;

2° Si la ponction une fois faite, on pouvait en rester là, comme

on en a des exemples malheureusement trop rares, ce ne sont pas les dangers inhérents à cette opération qui pourraient dissuader d'y recourir. Mais l'exemple a appris qu'une première ponction, même quand elle n'est pas suivie d'accidents graves, conduit presque inévitablement à la nécessité de ponctions ultérieures et multipliées.

3° Le liquide est trop épais ; il ne peut s'écouler.

4° Le kyste est multiloculaire avec cellules distinctes; on vide une des cellules, les autres restent.

5° Les parois sont trop épaisses, le kyste ne peut revenir sur lui-même ; il devient le siége d'une suppuration redoutable.

6° Le liquide s'épanche dans la cavité péritonéale ; il détermine une péritonite.

7° On peut blesser un des vaisseaux sanguins qui rampent à la surface du kyste.

8° Le trocart est arrêté par une plaque cartilagineuse ou osseuse.

Nous ne parlerons pas de quelques autres opérations proposées, telles que le séton, l'acupuncture, qui n'est qu'une variété de la ponction, les injections, etc.; car nous regardons ces opérations en apparence plus bénignes, comme étant fort dangereuses par cela même que, paraissant moins effrayantes, elles peuvent conduire le praticien à les accepter avec plus de facilité.

En égard aux opérations qui se pratiquent à l'occasion des tumeurs enkystées intra-péritonéales, il est à remarquer que les habitudes et le cours de la pratique ont été très différents en France et chez la nation anglo-américaine. Autant l'ensemble des praticiens, en France, s'est montré réservé et prudent, autant dans d'autres pays on a été entreprenant et audacieux.

Eh bien, sous ce rapport, nous pouvons dire que nous nous rangeons complétement et sans réserve à la pratique française : celle qui consiste à s'abstenir le plus possible. Ce n'est pas que, dominés par une timidité systématique, nous rejetions toute opération audacieuse sans distinction; mais pour la décider, cette opération, nous voulons qu'elle soit motivée par une condition qui ne se rencontre que dans la période extrême des tumeurs enkystées intra-péritonéales : cette condition, c'est celle d'une mort *certaine* et *prochaine*. Oui, dans ce dernier cas, nous croyons que pour arracher une victime à la mort, pour faire

accomplir à la science un progrès qui peut rester, le chirurgien doit faire bon marché de sa responsabilité, des habitudes imposées par la routine, et sentir en lui cette noble audace qui a valu à la chirurgie, notamment dans la ligature des grandes artères, de si remarquables progrès. Mais les tumeurs enkystées de l'abdomen ne sont pas, à notre avis, un champ qui doive être ouvert à ces tentatives audacieuses, parce que les conditions que nous exigeons, celles de l'imminence d'une mort certaine et prochaine, ne s'y rencontrent qu'à une période où le plus simple bon sens ne permet plus de rien tenter.

Supposez que le malade succombe par suite de l'opération, ce ne sont pas seulement quelques semaines, quelques jours d'existence qui sont sûrement sacrifiés, c'est cinq, dix, quinze années, c'est la chance même, très rare, il est vrai, mais possible, d'une guérison spontanée, qui sont ravies au malade.

Traitement des tumeurs enkystées par l'incision. — Quant à l'incision, nous la rejetons plus encore que la ponction, car au moins conservons-nous cette dernière à titre de palliatif.

Cette manière de voir pourrait paraître surprenante aux yeux de ceux qui connaissent un certain nombre d'exemples de guérison des kystes de l'ovaire par l'incision Il est certain que si l'on s'en tenait aux résultats d'un premier examen sur ce qui se trouve dans les auteurs, il semblerait que cette exclusion est mal fondée; car on trouve des exemples de guérison qui sont très propres, en les examinant à l'état isolé, et à première vue, à donner confiance dans ce genre d'opération. Il est certain, par exemple, que quand on voit dans les deux premières observations de Ledran, le succès remaquable qu'il a obtenu, on éprouve un sentiment de surprise qui s'accroît encore par la lecture de plusieurs autres succès connus jusqu'à ce jour. Mais il faut se tenir en garde contre cette première impression.

Nous devons même, à cet égard, appeler l'attention sur le danger qu'il y a de se laisser influencer par la nature des éléments sur lesquels, dans l'état actuel de la science, on pourrait fonder une statistique. Ces éléments ne se composent guère que des cas heureux, de telle sorte qu'en consultant des essais de statistique faits sans esprit préconçu, mais dans lesquels on n'a pas pu faire entrer des éléments que la science ne fournissait pas, on serait fatalement, forcément conduit à un résultat que son

absurdité même fait juger du premier coup, à savoir, que l'incision des kystes de l'ovaire à travers la paroi abdominale est une des opérations heureuses de la chirurgie : ainsi, dans un groupe de 15 faits réunis par mon honorable collègue M. Maisonneuve, je vois que cette opération n'a causé la mort que deux fois ; je dois m'empresser de dire que M. Maisonneuve s'est bien gardé de tirer la conclusion que sembleraient impliquer de pareils résultats, parce qu'il aura compris, comme nous, que si la statistique eût reposé sur des éléments complets, c'est-à-dire sur la connaissance de tous les faits heureux ou malheureux, elle eût donné des résultats bien différents.

C'est une lacune très regrettable que celle qui consiste à ignorer un nombre plus ou moins considérable de cas d'insuccès, parce que ne pouvant les mettre en regard des cas heureux, ceux-ci en effet fussent-ils en très petite minorité, se trouvant recueillis, çà et là, dans la série des temps, finissent par constituer un groupe en apparence imposant et qui peut entraîner des convictions sincères, mais irréfléchies. Supposez que Ledran, qui a eu deux cas de succès, en ait eu trois ou quatre moins heureux qui ne soient pas venus jusqu'à nous, que chacun des chirurgiens dont on a cité une opération heureuse en ait eu cinq, six, dix malheureuses peut-être qui, sans parti pris de trahir la vérité, n'aient point été recueillies par leurs auteurs ou publiés dans les collections scientifiques, et vous comprenez tout de suite à quel singulier résultat sera conduit celui qui compulse les travaux antérieurs pour y chercher les bases d'après lesquelles il peut former son opinion.

Eh bien, nous n'avons fait là qu'une supposition ; nous n'avons pas de preuve positive ; mais que le lecteur juge ce qui se rapproche le plus de la vérité, ou de croire que dans l'incision des kystes de l'ovaire à travers la paroi abdominale on ne perd qu'un malade sur sept, ou de penser qu'on en perd davantage.

Extirpation. — Ce que nous avons dit de la ponction et de l'incision appliquées aux tumeurs intra-péritonéales, à plus forte raison le dirons-nous de l'extirpation. Non seulement cette opération me paraît beaucoup plus grave, mais elle a des cas d'application beaucoup moins légitimes que les deux autres ; en effet, la ponction et l'incision peuvent être employées comme dernière ressource à titre palliatif et pour apporter du moins quelque sou-

lagement à un état devenu intolérable, mais l'extirpation n'a pas cette excuse, car elle ne peut s'appliquer qu'à des cas où le volume, beaucoup moins considérable de la tumeur, laissait encore aux malades la perspective de conserver la vie pendant un temps beaucoup plus long. Qu'importe que l'on publie çà et là quelques exemples heureux de ces témérités chirurgicales, si l'on n'a pas soin de mettre religieusement à côté des cas de succès, tous ceux qui se terminent malheureusement. A Dieu ne plaise que nous accusions la bonne foi de ceux qui n'ont publié que des cas de succès. Il n'est nullement besoin de recourir à cette supposition désobligeante pour comprendre comment des cas d'insuccès restent inconnus. Tantôt c'est un chirurgien qui, dans une vie très occupée, n'a pas eu le temps de recueillir tous les faits de sa pratique sur une question donnée, et dont une des opérations qui aura eu du retentissement se trouve publiée isolément avec ou sans sa participation; d'autres fois les opérations ont été faites par des hommes qui n'ont rien livré à la publicité, pas plus leurs succès que leurs revers. Enfin à notre insu, et sans aucun parti pris de tirer avantage des faits heureux qui nous arrivent dans la pratique, ce sont ceux-là qui se gravent le plus dans notre mémoire; ce sont ceux que nous aimons à rappeler et qui finissent par se perpétuer dans nos souvenirs. Ce qui serait mal, ce qui serait honteux et odieux, ce serait d'affirmer sciemment que nous avons eu, sur tant d'opérations, tant de succès et tant de revers, en donnant volontairement des chiffres inexacts. Eh bien, nous le disons avec conviction, nous ne croyons pas que cette faute, pour ne pas dire plus, ait jamais été volontairement commise par un chirurgien honorable. Que dans la chaleur de la discussion ou de la conversation on exagère quelquefois un peu ses succès, qu'on atténue un peu ses revers, cela se comprend; mais que, mis en demeure, en face de l'histoire ou devant une question catégoriquement posée, on se permette une assertion mensongère, voilà ce que nous refusons de croire.

Toujours est-il que désormais, là où se produiront des faits propres à éclairer sur de semblables questions, chacun doit s'imposer le devoir de faire connaître avec exactitude toutes les tentatives sans exception, heureuses ou malheureuses.

Du reste, comme il n'est point de faits complétement stériles pour celui qui les envisage avec attention, il y a de tous ces cas

d'incision et d'extirpation appliquées aux tumeurs enkystées de l'abdomen, cette conséquence à déduire : à savoir que l'ouverture de la cavité péritonéale, qui a paru longtemps presque inévitablement mortelle dans des opérations de ce genre, laisse cependant survivre un certain nombre des sujets qui les ont subies.

A quoi donc se réduit pour nous le rôle du chirurgien dans les tumeurs enkystées intra-péritonéales? A très peu de chose, comme on le voit : en effet, la ponction explorative, nous ne l'acceptons que dans des cas très limités; nous rejetons la ponction à titre de traitement curatif; nous l'admettons seulement à titre palliatif et dans le sens le plus restreint du mot; nous repoussons aussi l'incision et l'extirpation. C'est assez dire que nous regardons le rôle du chirurgien comme réduit à la simple expectation dans le traitement de la plupart des tumeurs enkystées intra-péritonéales. Il reste bien entendu que, si la tumeur est arrivée à un état imminent de perforation, à travers la peau, si les adhérences qui limitent le lieu sur lequel doit s'effectuer la rupture ne donne lieu à aucun doute, nous agissons d'abord par une ponction, immédiatement suivie d'incision qui doit rester strictement dans la limite des adhérences, mais qui, dans cette limite, doit être aussi étendue que cela peut se faire sans les dépasser; après quoi nous facilitons par tous les moyens appropriés l'évacuation complète et rapide de la tumeur enkystée, dont la surface interne doit être soumise à des injections abondantes et fortement détersives, suivies de l'injection de la teinture d'iode.

TUMEURS ENKYSTÉES EXTRA-PÉRITONÉALES.

D'après la division que nous avons adoptée, la dénomination de tumeurs enkystées extra-péritonéales n'est pas tout à fait synonyme de celle de tumeurs enkystées des parois de l'abdomen, attendu que les kystes, qui, sans être contenus dans l'épaisseur des parois, sont placés à la limite des prolongements péritonéaux, et ne sont que simplement adossés à cette membrane, rentrent dans la catégorie des kystes extra-péritonéaux, sans appartenir pour cela forcément aux parois abdominales. Tels sont certains kystes de l'excavation du bassin, qui s'interposent entre quelques uns des viscères renfermés dans cette

excavation, de telle manière que, sans être contenus dans la paroi de l'abdomen, ils ne plongent pas dans la cavité de la séreuse, comme le font les tumeurs qui ont été qualifiées d'intra-péritonéales. Les parois de l'abdomen peuvent être divisées, sous le rapport de la fréquence des productions enkystées qui s'y observent, en paroi antérieure, paroi postérieure, paroi inférieure et paroi supérieure.

Tumeurs enkystées de la paroi antérieure. — Il est une variété de kystes qui se sont présentés aux observateurs avec des caractères tellement remarquables, qu'ils en ont fait une maladie à part, décrite sous le nom d'hydropisie enkystée du péritoine. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas conforme aux idées généralement reçues, de faire une classe particulière sous un nom spécial pour une maladie qui ne diffère de toutes celles de sa classe que par le siége qu'elle occupe et les particularités d'aspect qu'elle présente. Aussi ne pouvons-nous nous empêcher d'appeler kyste et de classer parmi les kystes toutes les accumulations de liquides renfermés dans des poches spéciales appartenant à la paroi de l'abdomen, qu'ils soient situés ou non au contact même de la membrane péritonéale.

Ainsi, qu'à diverses époques de la science on ait donné le nom d'hydropisie enkystée du péritoine, ou celui d'hydropisie enkystée des parois abdominales aux kystes hydatiques qui se développent à la surface interne de cette paroi, nous les regarderons comme de véritables kystes, quelle que soit du reste leur étendue ou la singularité de leurs caractères extérieurs.

La nature de ces kystes est d'ailleurs variable : tantôt il s'agit d'un kyste hydatique, tantôt on a affaire à un simple kyste séreux; quelquefois le kyste ne présente que ses altérations spécifiques et en quelque sorte normales; d'autres fois il est altéré lui-même dans ses parois et dans les liquides qu'il contient. Voici quelques exemples de ces diverses variétés. L'observation que nous allons rapporter tout d'abord, est celle d'un très beau kyste à hydatide solitaire, dû à Degner (*Act. nov. cur.*, v. 5, obs. 2), qui semble ne s'être pas douté de la nature de cette poche, qui, à la grande surprise de ce médecin, laisse écouler un liquide transparent, et qui s'échappe elle-même tout entière, en quelque sorte spontanément, dans les mains de l'observateur.

Une boulangère, âgée de cinquante et quelques années, grasse,

bien portante, mère de plusieurs enfants, avait senti, douze ans auparavant, dans l'aine droite, une tumeur à peine grosse comme un pois, et à peine douloureuse. Au bout de deux ans, la tumeur avait acquis, par des progrès lents et insensibles, la grosseur d'un œuf de poule. A cette époque, Degner jugea à propos de n'y rien faire. La malade supportait la gêne et la douleur causées par cette tumeur avec patience, et se livrait aux soins de son ménage. La tumeur acquit un tel volume, qu'elle avait deux travers de main en longueur et trois en épaisseur; l'abdomen était peu soulevé. Mais le poids de la tumeur, qui couvrait les parties de la génération et les cuisses, incommodait beaucoup la malade et la gênait pour marcher, s'asseoir et même rester couchée. Vers la fin de la douzième année, la partie inférieure de la tumeur s'enflamma, causa de vives douleurs. Malgré l'emploi de cataplasmes, au bout de quelques jours il s'y fit une large crevasse, et il en sortit une énorme quantité d'un liquide *clair*. Après la sortie complète de ce liquide, une *membrane blanche* pendait par la plaie. Après un examen attentif, Degner, ayant reconnu que ce n'était pas une anse intestinale, saisit cette membrane, et s'apercevant qu'elle suivait la main, il l'attira, et vit avec surprise que c'était un *sac membraneux* de l'épaisseur du petit doigt, semblable à une vessie de bœuf, et n'ayant d'ouverture qu'à l'endroit de la rupture. La cavité qu'occupait le kyste aurait facilement logé la tête d'un homme. Partout les parois de cette cavité étaient lisses ou calleuses, excepté dans un endroit, où l'on apercevait les muscles abdominaux, déjà en partie couverts d'une cicatrice. Les parois de cette large excavation s'affaissèrent, les parties revinrent sur elles-mêmes, et la plaie fut guérie en dix semaines. Degner avait eu soin de faire coucher la malade sur le ventre, pour faciliter l'écoulement de la sérosité que fournissait cette cavité.

L'observation rapportée par M. Chantourelle, dans les *Archives générales de médecine*, 1831, t. XXVII, p. 218, nous paraît au contraire offrir l'exemple d'un simple kyste séreux. Il s'agit d'une femme d'environ quarante ans, qui vit, à la suite d'un coup, se développer en moins de huit mois une tumeur située dans les parois abdominales, dans les régions ombilicale et hypochon-

driaque gauche. Ouverte à l'aide d'un trocart, elle laissa écouler deux livres d'un liquide albumineux, *inodore*, *transparent*, *limpide et d'une belle couleur de citron*. L'inflammation du kyste amena de la suppuration et la mort de la malade. L'autopsie ne fut pas faite.

Morgagni dans sa 38e observation, § 51, rapporte, d'après Mediavia, deux observations dans lesquelles les parois du kyste et le liquide épanché étaient altérés, comme cela se rencontre dans beaucoup de kystes placés en d'autres régions. Dans l'une de ces observations, les muscles transverses de l'abdomen ayant été incisés, il s'échappa une grande quantité d'eau *très fétide*, que le péritoine séparait de la cavité du ventre. Après qu'elle se fut complétement écoulée, la seconde tumeur observée pendant la vie se présenta; elle s'était développée sur le péritoine, et elle était composée de deux ou trois grandes espèces de vessies, dont les parois étaient si épaisses, qu'après l'évacuation de l'eau qu'elles contenaient, elles ne s'affaissèrent point.

L'autre observation de Morgagni est remarquable par la quantité du liquide épanché, près de trente livres, et par l'érosion du péritoine, qui avait permis à une partie du liquide de s'épancher dans le péritoine. Cette sérosité ressemblait à de l'eau dans laquelle on a récemment lavé de la viande; son odeur était très fétide, sa consistance purulente, la tumeur s'était affaissée vers les derniers temps de la vie de la malade. Ce kyste, outre ce liquide, contenait une tumeur adhérente à la paroi antérieure. Ce cas est controversable, et le point de départ n'est pas rigoureusement déterminé.

Dans la plupart des cas, on trouve les muscles abdominaux amincis, distendus et altérés dans leur structure, comme cela existait dans l'observation de J. Achlose, que Morgagni cite comme la première observation qu'offre la science sur ce sujet. Voici cette observation. J. Achlose disséqua, en 1581, une femme chez laquelle il trouva une grande quantité d'eau trouble semblable à celle de la lessive, non pas dans la cavité abdominale, mais entre le péritoine et les téguments du ventre. Les muscles, altérés dans leur composition, fortement distendus et amincis, formaient la paroi antérieure de ce sac d'une grande ampleur, tandis que la paroi postérieure était formée par une membrane

qui couvrait les viscères abdominaux, lesquels n'apparurent que lorsque cette membrane fut ouverte (1).

Boyer parle, sous le nom d'hydromphales, de kystes séreux qui dépendent du tissu cellulaire du péritoine, et qui se font jour généralement à travers l'ouverture ombilicale ou à son voisinage. Peut-être des dissections attentives pourraient démontrer que ces kystes ne sont souvent que d'anciens sacs herniaires, comme cela s'observe à la suite de la guérison des hernies. Dans ce cas, le sac, en se fermant, se sépare et s'isole plus ou moins complétement du péritoine. M. le professeur Jules Cloquet en cite de nombreux exemples dans une excellente thèse de concours. Ce débris de sac herniaire ne contient pas toujours de liquide, mais il peut en renfermer dans sa cavité, lors même que ce petit kyste se trouve au centre des hernies graisseuses. Ce fait, déjà signalé dans la science, a été clairement démontré dans la thèse inaugurale de M Bernutz (2). La tumeur qui en résulte est généralement d'un volume peu considérable, et n'augmente pas sensiblement avec le temps ; elle est indolente, ne cause que quelques tiraillements, et n'amène à sa suite aucun trouble grave. Telle est au moins la marche habituelle de ces tumeurs.

Cette dernière variété des kystes abdominaux s'observe, comme cela est facile à comprendre, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Mais dans les kystes extra-péritonéaux, désignés par les auteurs sous le nom d'*hydropisie du péritoine*, il n'en est plus ainsi. Cette variété de kystes n'a été observée que bien peu de fois chez l'homme, en sorte qu'on pourrait dire qu'elle se rencontre presque exclusivement chez les femmes. Morgagni pense que l'usage des corsets exerce une grande influence sur cette prédisposition du sexe féminin. Il cite, pour appuyer son opinion, l'exemple d'une dame que l'on avait forcée dès son enfance à se servir de corsets d'autant plus serrés et roides, que l'on craignait beaucoup qu'elle ne devînt bossue, et qui portait à la région épigastrique de ces tumeurs éparses et encore petites. Cette influence des corsets, encore incomplétement observée, n'agi-

(1) *Sepulchretum*, sect. 21, obs. 21, § 16.

(2) *Recherches sur les hernies graisseuses.* G. Bernutz, thèses de Paris, novembre 1846.

rait-elle pas en développant des bourses muqueuses ou séreuses qui deviendraient le siége de l'épanchement? Cette affection s'observe également, de préférence, de 30 à 50 ans, surtout chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. On a vu cependant des femmes beaucoup moins âgées, qui n'avaient pas eu d'enfants, et même des jeunes filles, en être atteintes. Souvent des coups ont précédé le développement de ces tumeurs.

Quelle que soit l'influence encore peu connue qu'exerce le sexe sur cette production, l'affection débute par un engorgement le plus souvent unique, dur, circonscrit, sans changement de couleur à la peau, qui ne cause d'abord qu'une douleur sourde et une tension légère à la partie qu'il occupe. En augmentant lentement de volume, la tumeur devient élastique, et va gagnant de proche en proche; elle met souvent plusieurs années à envahir la plus grande partie, et quelquefois la totalité de la paroi abdominale antérieure, qui offre une surface lisse, une forme arrondie comme dans l'ascite. Mais avant d'arriver à ce degré de développement, cette tumeur peut être encore circonscrite; on peut la mouvoir transversalement, engager les doigts par derrière, l'attirer en partie en avant, et lui faire exécuter quelques mouvements de latéralité, ce qui permet de l'isoler des viscères abdominaux; mais lorsqu'elle est devenue volumineuse, elle prend l'apparence d'une ascite, et, ce qui étonne Morgagni, l'ombilic est rarement enfoncé, déjeté de côté. En effet, dit cet auteur, on serait porté à penser, en raison des adhérences de la cicatrice ombilicale, que l'ombilic doit être déprimé. Souvent, au contraire, l'ombilic est protubérant. La fluctuation est ordinairement obscure, tardive, partielle dans ces tumeurs; car il n'est pas rare de voir des kystes multiloculaires dont les loges renferment des liquides de densités diverses, et donnent par conséquent des sensations différentes. Mais une circonstance à noter, c'est l'apparence de plus en plus sensible de la fluctuation, à mesure que la tumeur fait des progrès.

Les malades peuvent porter pendant plusieurs années de semblables tumeurs sans inconvénient pour la santé générale. Il n'y a simultanément d'abord ni ascite, ni anasarque des extrémités inférieures: l'anasarque ne s'observe que dans une période bien plus avancée de l'affection. Le facies est généralement bon; les seuls inconvénients pour les malades dépendent du poids de

la tumeur, de son volume, et des douleurs dont elle est le siége. Quelques femmes disent être enceintes, parce qu'elles sentent un corps qui remue comme dans la grossesse. Après plusieurs années, lorsque la tumeur a acquis un volume considérable, l'anasarque des extrémités inférieures peut survenir par suite de la gêne apportée dans la circulation. La fièvre hectique apparaît avec amaigrissement extrême, gêne de la respiration, douleurs abdominales, et les malades succombent par suite des inflammations et dégénérescences qui viennent s'ajouter à la distension et à la pression continues des parois et des viscères abdominaux.

Le diagnostic de ces tumeurs, qui sont fort rares, est souvent des plus difficiles. Le kyste séreux, qui a été désigné par Boyer sous le nom d'*hydromphale*, à part son siége spécial, a des caractères propres : la tumeur est plus ou moins volumineuse, fluctuante, molle, transparente, ne diminuant pas par la compression, ne causant ni douleur ni incommodité. Cette tumeur pourrait être confondue avec celle produite par la sérosité de l'ascite qui a refoulé devant elle le péritoine en dilatant l'anneau ombilical ; mais dans ce cas la tumeur peut souvent être réduite dans l'abdomen, et alors on distingue l'ouverture circulaire de l'ombilic. Lors même qu'elle n'est pas réductible complétement, en appliquant le doigt au centre de la tumeur, on arrive à reconnaître cette ouverture. Dans le kyste séreux ombilical cette circonstance manque absolument.

Lorsque la tumeur occupe un autre siége dans la paroi abdominale, son diagnostic varie selon la période du développement.

Quand le volume est peu considérable, on peut confondre cette affection avec un abcès ou toute autre tumeur de la paroi abdominale. Mais l'existence de la fièvre, la douleur, la chaleur et le changement de couleur de la peau, ne permettent pas de confondre l'abcès chaud avec ces tumeurs, attendu que l'inflammation qu'offrent ces kystes ne s'observe que dans une période généralement très avancée de leur développement. La marche essentiellement chronique et lentement progressive de la tumeur, sans altération de la santé, son isolement complet et sa mobilité plus ou moins sensible au milieu des parties voisines qui ne sont pas empâtées ; l'absence ou l'obscurité de la fluctuation à cette période de la maladie, joints à la non-existence de la

fièvre et des frissons, sauf le cas de complication, servent à les distinguer de l'abcès froid. Il devient plus difficile de les distinguer des autres tumeurs de la paroi abdominale comme celles produites par les lipomes, les stéatomes, qui ont également une marche chronique. Mais les douleurs qu'offrent les tumeurs kystéuses à cette période, en dehors même d'une inflammation locale, peuvent être prises en considération comme élément de diagnostic. De plus, ces tumeurs, qui sont fort rares, et qui, il faut le dire, n'ont pas été suffisamment étudiées au point de vue de la sensation que fait éprouver leur palpation, peuvent, quand elles renferment des hydatides multiples, offrir la sensation de collision, de crépitation amidonnée propre à ces tumeurs. Quant aux tumeurs cancéreuses, les douleurs lancinantes qui leur sont propres, les bosselures qu'elles offrent souvent, leur retentissement plus rapide sur la constitution, joints aux renseignements tirés de l'hérédité, seront d'un précieux secours à cette période.

A une période plus avancée, lorsque la tumeur est considérable, qu'elle couvre uniformément tout le ventre, et que l'ondulation du liquide y est très sensible, elle peut être confondue avec l'ascite ou l'hydropisie enkystée de l'ovaire, surtout lorsque l'on n'a pas été à même de suivre le développement de l'affection. Mais, lorsque le liquide est placé dans la paroi abdominale, l'aspect du ventre est différent de celui qu'il offre dans l'ascite; dans le cas de kyste, la forme du ventre est à peu près la même, quoique la position du malade change. La tumeur se porte plus en dehors que dans l'ascite, et paraît tendue plus également; il faut joindre à ce signe une circonscription particulière de la tumeur, l'existence de quelque endroit du ventre où l'on ne sent aucun choc ni aucune fluctuation, si l'on frappe sur le côté opposé. La percussion de l'abdomen donne partout un son uniformément mat, puisqu'il y a partout une couche de liquide interposée entre le doigt et les intestins qui se trouvent en dehors et en arrière de la tumeur. Le développement de la poche est très lent, surtout au début; elle met plusieurs années à se développer. Le malade se trouve moins gêné de la respiration pendant la marche. L'état général se conserve longtemps bon, et les diverses fonctions se font bien; la soif est peu marquée, et l'émission des urines en rapport avec la quantité de boisson ingérée.

L'expression de la figure n'est pas changée. Les diurétiques, les hydragogues et les autres remèdes qu'on emploie quelquefois avec succès contre l'ascite, ne sont d'aucun secours dans les kystes séreux de la paroi abdominale. Ce que nous venons de dire peut servir à distinguer les kystes séreux de l'ascite, mais non de l'hydropisie enkystée des ovaires. En effet, l'influence de cette dernière affection est souvent longtemps peu marquée sur la santé générale ; les hydragogues et les autres remèdes sont aussi sans efficacité dans ce cas, où l'on observe également au début l'absence de l'œdème des extrémités inférieures.

Nous devons à M. Récamier un signe applicable pour diagnostiquer ces deux affections. Ce praticien conseille dans ce cas de faire déprimer par un aide, avec le bord cubital des deux mains, la ligne médiane du ventre, et de chercher pendant cette manœuvre à percevoir la fluctuation d'un côté à l'autre de l'abdomen. Si le liquide est situé dans les parois abdominales, la fluctuation n'est pas perçue, tandis qu'elle persiste dans l'épanchement intra-péritonéal. La position du col utérin peut servir également au diagnostic, car les tumeurs enkystées de l'ovaire entraînent et dévient quelquefois le col utérin, ce qui ne s'observe pas quand la tumeur est située dans la paroi abdominale. Cependant le siége du liquide peut rester inconnu pendant la vie et ne se révéler qu'à l'autopsie.

Ces kystes anciens et considérables sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art et des efforts de la nature; mais ils peuvent durer très longtemps, dix, quinze, vingt et même quarante ans, sans causer de notables altérations dans l'état général. Des malades sont même devenues enceintes et sont accouchées sans inconvénients ; les règles ont persisté régulières après l'accouchement. D'autres fois, au contraire, les tumeurs squirrheuses qui coexistent avec ces kystes, la pression qu'ils exercent sur les viscères contenus dans l'abdomen déterminent des accidents graves, comme la gêne de l'expulsion de l'urine et des matières fécales, ou bien des vomissements continuels qui peuvent amener la mort. Mais quelque longue que soit la marche des kystes abandonnés à eux-mêmes, ils finissent le plus souvent par faire périr les malades, tantôt par la suffocation, tantôt par l'épuisement, l'émaciation et le marasme, tantôt enfin par l'inflammation du kyste ou des viscères abdominaux. L'obser-

vation de Degner, que nous avons citée, démontre que la rupture spontanée du kyste à l'extérieur peut amener la guérison. Cependant, lorsque l'affection est récente, le kyste unique et peu volumineux, à parois peu épaisses, le liquide séreux, et qu'il n'y a pas de complication cancéreuse, le pronostic devient moins grave.

Quelques uns des procédés employés par l'art pour la cure des tumeurs enkystées, en général, peuvent être couronnés de succès. Mais, avant d'arriver à ces moyens de cure radicale, on peut tenter l'usage des émissions sanguines locales et des topiques émollients qui ont quelquefois retardé sensiblement la marche de cette affection. Il est d'expérience, au contraire, que les maturatifs et les excitants locaux hâtent le développement de ces tumeurs.

Avant de recourir aux moyens chirurgicaux, qui consistent dans la ponction, le séjour d'une canule dans le kyste, l'incision et l'emploi des caustiques, il est nécessaire de s'assurer de l'intégrité des organes contenus dans la cavité abdominale. Si les parois du kyste sont minces, le liquide purement séreux, la tumeur peu volumineuse, la ponction est préférable; mais elle n'amène souvent, comme le dit Boyer, pour l'hydromphale, qu'une disparition momentanée de la tumeur; on peut y ajouter, pour obtenir la cure radicale, les injections plus ou moins irritantes, destinées à obtenir l'adhésion des parois du kyste. Cependant il faut tenir grand compte du voisinage plus ou moins immédiat du péritoine, quoique cette membrane se double au contact de ces kystes d'une assez grande épaisseur, et c'est même à cette circonstance qu'il faut attribuer la rareté de l'ouverture de ces kystes dans la cavité abdominale. La canule, laissée à demeure dans le kyste, peut en amener également l'inflammation et par suite la cure radicale. On est quelquefois obligé de ponctionner de nouveau par le même procédé les kystes qui se reproduisent par le défaut d'adhérence d'une certaine étendue des parois du kyste primitif. Certains de ces kystes n'ont été guéris qu'après avoir été ponctionnés ainsi jusqu'à sept fois.

Lorsque les parois du kyste sont plus épaisses, ce qui ne leur permet pas de revenir sur elles-mêmes aussi facilement, l'incision suivie de la présence d'une bandelette dans la plaie, ou l'emploi d'un morceau de potasse caustique au sommet de la tumeur, semblent mieux indiqués. Mais ces deux opérations ex-

posent à de nombreuses chances défavorables, surtout l'incision. Dans ce cas, l'inflammation du kyste peut se terminer par gangrène, donner lieu à des abcès dans les parties voisines, ou s'étendre aux viscères abdominaux, et compromettre plus ou moins la vie du malade. Ce procédé expose en outre à n'obtenir qu'un succès incomplet. Le traitement par l'emploi des caustiques est long, et la plaie n'est guère cicatrisée avant six semaines ou deux mois. Ces deux dernières opérations sont rarement applicables; et lorsque l'on croit possible d'y avoir recours, il faut mûrement peser les avantages et les inconvénients qui peuvent résulter de cette entreprise, car on peut ainsi enlever aux malades les quelques années d'existence que la marche lente de cette affection leur permet d'espérer. La ponction même est suivie parfois d'accidents graves et de la mort.

On sait que les kystes hydatiques d'un certain volume, lorsqu'ils sont ouverts, donnent souvent lieu, quel que soit leur siége, à une suppuration de mauvaise nature et à la fièvre purulente, suite de l'entrée de l'air dans les grandes cavités closes.

Lorsque le chirurgien juge dangereux de tenter la cure de la maladie, doit-il avoir recours à la ponction comme moyen palliatif? Nous répondrons : Non! en raison des accidents graves auxquels cette ponction peut donner lieu. Il ne faut donc y avoir recours qu'autant que la tumeur apporte un grand obstacle à la respiration, et expose le malade à la suffocation. Recourir aux diurétiques et aux purgatifs n'est d'aucune utilité, puisque la quantité du liquide contenu dans ces kystes n'est pas diminuée, et c'est s'exposer aux inconvénients qui suivent leur usage prolongé. Il convient de se borner à soutenir les forces du malade.

Il est encore des tumeurs qui peuvent être enkystées, comme certaines loupes, mélicéris, athérome, etc., mais comme ces tumeurs siégent également dans beaucoup d'autres régions, et que leur présence dans la paroi abdominale ne donne pas lieu à des indications bien spéciales, nous ne ferons que les mentionner ici.

Quant aux tumeurs qui peuvent accidentellement s'enkyster, comme les abcès ou épanchements sanguins, elles nous offrent peu d'indications spéciales. Cependant le danger de voir s'ouvrir les abcès dans la cavité abdominale doit éveiller l'attention

du chirurgien et le porter à leur donner plus promptement une issue à l'extérieur.

Tumeurs enkystées de la paroi postérieure. — Lorsque le kyste se trouve situé dans cette paroi de la cavité abdominale, mais en dehors du péritoine, il devient rarement accessible sans lésion de cette membrane. En effet, la résistance qu'offrent le plus souvent les os à la marche de la maladie vers l'extérieur détermine le développement de la tumeur dans la cavité abdominale. Alors ces tumeurs deviennent analogues, par les indications qu'elles présentent, à celles plus directement enveloppées par le péritoine et dont nous avons déjà parlé.

Cependant des tumeurs contenues dans les os du bassin peuvent se faire jour au travers de ces os aussi bien vers l'extérieur que vers la cavité abdominale. Tel est le fait rapporté par M. Fricke, de Hambourg (*Archives générales de médecine*, 3e série, t. VI, p. 493), dans lequel des kystes multiloculaires s'étaient développés dans un os iliaque. Certaines tumeurs développées dans la fosse iliaque peuvent être accessibles sans ouvrir le péritoine, à l'aide d'une opération semblable à celle employée pour la ligature de l'iliaque externe par le procédé d'Astley Cooper; méthode opératoire, du reste, applicable aux abcès profonds de la fosse iliaque, et que j'ai mise déjà plusieurs fois en pratique, et notamment deux fois, dans le service de M. Grisolle, mon honorable collègue à l'hôpital Saint-Antoine. L'observation suivante, quoiqu'elle manque de détails précis sur le procédé mis en pratique, nous paraît un exemple de cet ordre de tumeurs.

Kyste hydatique développé dans les muscles psoas et iliaque, occupant toute la fosse iliaque gauche (1). — Un homme de quarante-cinq ans, forgeron, entre à l'Hôtel-Dieu, service de Blandin, le 28 octobre 1843. Bien portant jusqu'à il y a un an, qu'il remarqua une petite tumeur dans la fosse iliaque gauche; tumeur d'abord indolente, puis légèrement douloureuse, mais pas assez pour troubler la santé ni l'engager à interrompre ses travaux. L'été suivant la tumeur fait de rapides progrès, et les douleurs y deviennent beaucoup plus vives, s'irra-

(1) Demarquay, *Gazette médicale*, 1844, p. 308.

diant dans la face antérieure de la cuisse gauche; puis perte d'appétit, amaigrissement notable, profonde altération de la constitution. A son entrée: tumeur occupant toute la fosse iliaque, avec saillie à l'extérieur, limitée en bas par le ligament de Fallope, dépassant un peu en haut la crête iliaque, et s'étendant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la ligne blanche; peau tendue, mobile; la palpation cause peu de douleur; fluctuation obscure; cuisse gauche amaigrie, portée dans la flexion et l'abduction.

Après deux ponctions sous-cutanées, qui ne permirent pas d'évacuer les hydatides, mais en firent reconnaître la présence, une incision analogue à celle de la ligature de l'artère iliaque fut pratiquée: elle évacua les hydatides. Le malade succomba environ cinq semaines après l'opération, ayant pendant un mois laissé espérer la guérison.

A l'autopsie on trouva la fosse iliaque gauche presque entièrement remplie par un kyste développé dans les muscles psoas et iliaque.

Cette observation nous indique assez que, même en n'ouvrant pas le péritoine, tous les dangers ne sont point évités. Ils ne résident donc pas uniquement dans la part directe que prend cette membrane aux suites de l'opération. Son voisinage seul est déjà une fâcheuse circonstance que vient aggraver la condition anatomique propre de la maladie; nous voulons parler du kyste qui, lorsqu'il est d'un certain volume, s'enflamme et expose à la fièvre de résorption, lors même que l'on emploie avec intelligence les lavages à l'aide d'injections convenables. Nous n'avons pas besoin de répéter ici ce que nous avons déjà dit à l'occasion des indications et du traitement, ces indications étant les mêmes pour les tumeurs dont nous venons de parler.

Quant aux abcès de la fosse iliaque, que le pus se forme dans la région iliaque, ou que sa présence soit due à sa migration, le point de départ étant plus ou moins éloigné, ces abcès peuvent s'enkyster lorsque la maladie a une certaine durée. Autour du pus, le tissu cellulaire se condense, s'épaissit; il est parcouru par des vaisseaux de nouvelle formation, et il constitue un kyste à parois plus ou moins épaisses, quelquefois

d'apparence lardacée, et qui peut, dans certains cas, subir la transformation cartilagineuse et même osseuse.

Ordinairement le pus est louable, crémeux, homogène, mais une foule de circonstances peuvent l'altérer ou changer sa composition : ainsi on le trouvera séreux ou grumeleux dans un abcès froid ; quelquefois mélangé de parties osseuses ou de fragments nécrosés dans les abcès par congestion; de matière fécale et de corps étrangers dans les abcès qui communiquent avec le tube digestif. Le pus peut encore contenir des détritus gangréneux de muscles, d'aponévroses, etc.

Pour reconnaître ces tumeurs, il faut tenir compte de l'état général, de la fièvre et des frissons; leur pression est douloureuse, et leur percussion donne un son mat. La tumeur n'est pas toujours facilement appréciable au début de sa formation : le volume est ordinairement celui d'un œuf de poule, rarement moindre, mais il peut être beaucoup plus considérable. Dupuytren l'a vu dépasser la ligne médiane et s'avancer dans le côté opposé de l'abdomen.

La région où on les observe a d'abord été empâtée. A cet empâtement succède l'apparition d'une tumeur généralement dure, et qui, en se ramollissant graduellement, finit par donner une sensation de plus en plus marquée de fluctuation. Le traitement de ces abcès est nécessairement variable, selon leur nature. Il est évident qu'on ne traitera pas de la même manière l'abcès enkysté dépendant d'une carie vertébrale et celui qui serait idiopathique.

Parmi les kystes nombreux qui, sans avoir avec la cavité péritonéale des rapports à beaucoup près aussi directs que ceux qui existent pour les kystes intra-péritonéaux, il est une variété fort curieuse de kystes sanguins qui se trouve décrite dans la thèse inaugurale de M. Viguès (1), et qu'il nous paraît utile de mentionner brièvement à l'occasion des kystes de la région pelvienne de l'abdomen. Ces kystes ont été observés, les uns entre le rectum et la paroi postérieure de l'utérus, les autres dans le ligament large.

(1) *Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme.* Viguès, thèses de Paris, décembre 1850.

Ces kystes, qui peuvent acquérir un volume considérable, sont encore peu connus dans leur mode de production. Ils s'observent chez des femmes jeunes et généralement bien portantes, et avec des troubles plus ou moins marqués dans la menstruation. Bien reconnus par le toucher rectal et vaginal, ils peuvent donner l'indication de ponction ou d'incision par le vagin, opération qui peut être suivie de guérison. Leur ouverture par la paroi vaginale n'est pas exempte de danger ; les faits cités par M. Viguès sont là pour le démontrer. Dans les cas malheureux, la péritonite a paru être la cause évidente de la mort.

FIN.

La collection complète des Thèses de concours de M. Chassaignac se trouve chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.